

**RAPPORT DE CERTIFICATION DU
CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ
PIERRE-JAMET**

**1 rue de Lavazière
81025 Albi Cedex 9**

Février 2006

S O M M A I R E

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	p.	5	PARTIE 3		
PARTIE 1			COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES	p.	99
DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION	p.	7	I Commentaires synthétiques par type de prise en charge	p.	101
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	9	II Appréciation globale sur la dynamique qualité	p.	102
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	12	III Liste des actions exemplaires	p.	103
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	21	PARTIE 4		
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	21	DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.	104
PARTIE 2			INDEX		
CONSTATATIONS PAR CHAPITRE	p.	23			
Chapitre I – Politique et qualité du management	p.	25			
Chapitre II – ressources transversales	p.	33			
Chapitre III – Prise en charge du patient	p.	55			
CHAPITRE IV – ÉVALUATIONS ET DYNAMIQUES D'AMELIORATION	p.	83			

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement	Centre hospitalier spécialisé Pierre-Jamet	
Situation géographique	Ville : Albi Département : Tarn	Région : Midi-Pyrénées
Statut <i>(privé-public)</i>	Le CHS Pierre-Jamet, établissement de la fondation Bon-Sauveur d'Alby, est un établissement privé à but non lucratif	
Type de l'établissement <i>(CHU, CH, CHS, HL, PSPH, établissement privé à but lucratif)</i>	L'établissement de type centre hospitalier spécialisé chargé de prendre en charge les pathologies de santé mentale participe au service public hospitalier	
Nombre de lits et de places <i>[préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)]</i>	Le centre hospitalier spécialisé dispose de 386 lits et 221 places répartis sur 3 secteurs de psychiatrie adulte, des unités intersectorielles, un intersecteur de pédopsychiatrie, et un centre de rééducation des laryngectomisés.	
Nombre de sites <i>(de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu)</i>	L'établissement dispose de nombreuses structures de consultation, d'accueil et de soins réparties sur le département du Tarn nord ; ces sites sont pour la plupart des alternatives à l'hospitalisation pour adultes, enfants, adolescents.	
Activités principales <i>(par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante)</i>	L'établissement est spécialisé dans la prise en charge des pathologies de santé mentale pour la psychiatrie adulte et infantile.	
Activités spécifiques <i>(urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.)</i>	L'établissement a développé des prises en charge spécifiques dans le cadre de l'intersectorialité : la clinique d'alcoologie située hors de l'établissement, le laboratoire du sommeil, le centre de psychogériatrie, le service d'accueil et des urgences spécialisés, l'unité intersectorielle de consultations au CMP CATTP d'Albi, le centre d'accueil et de crise et une unité mère-enfant. À toutes ces prises en charge spécifiques s'ajoute le centre de rééducation des laryngectomisés créé en 1985.	
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité		
Coopération avec d'autres établissements <i>(GCS, SIH, conventions, etc.)</i>	De très nombreuses conventions ont été signées avec les établissements sanitaires (CHG, CHS, CH), les structures médicosociales et sociales, les associations, les établissements scolaires, les mairies, le laboratoire d'analyses médicales, etc.	

Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	La très grande majorité des patients est originaire du département du Tarn (nord) pour les secteurs de psychiatrie adulte et infantojuvénile. De par leur spécificité, la clinique d'alcoologie et le centre de rééducation des laryngectomisés ont une vocation à recrutement national.
Transformations récentes <i>(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</i>	Des projets sont en cours et planifiés dans le secteur sanitaire : des réhabilitations de locaux sont planifiées pour l'année 2006 ; la création en cours d'une unité d'hospitalisation de longue durée de 28 lits... Plusieurs projets récents ont été réalisés et d'autres sont planifiés pour le secteur médicosocial : la création d'une MAS de 40 places en février 2005 ; l'ouverture d'un centre d'aide par le travail de 35 places en 2006-2007 ; la restructuration du secteur des personnes âgées en 2006-2009 (maison de retraite de 95 lits, l'unité Alzheimer de 15 lits, un accueil de jour de 5 places et un centre d'hébergement temporaire de 20 lits).

PARTIE 1
DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION

I Historique et organisation de la démarche qualité

L'établissement s'est engagé dans la démarche qualité dès 1995 avec l'aide d'un consultant externe. Celui-ci dans un premier temps a eu pour mission d'accompagner l'établissement dans l'élaboration du projet d'établissement ; un état des lieux quantitatif et qualitatif a été ainsi réalisé.

Parallèlement, l'établissement contacte l'association pour la Promotion de l'Assurance Qualité en Santé mentale (APAQUESM) et participe à l'expérience franco-canadienne d'évaluation (auto-évaluation à partir du manuel canadien d'accréditation et visite des experts canadiens). À la suite de cette auto-évaluation des actions prioritaires d'amélioration sont définies.

De fin 1998 à juillet 1999, des sous-groupes (10) sont chargés de procéder à une auto-évaluation à partir du manuel d'accréditation de février 1999.

La politique qualité, à cette date n'est pas formalisée, mais il est à noter une forte mobilisation générale autour de certains thèmes à savoir la prise en charge du patient, le risque incendie.

Pour développer cette démarche, l'établissement a facilité la mise en œuvre d'actions de formation. Depuis cette date, le système d'assurance qualité s'est développé et renforcé.

Un comité de pilotage élargi composé de vingt membres est chargé de conduire et de préparer l'établissement à la visite d'accréditation.

À la suite de la visite ciblée en juin 2002, le programme qualité est réactualisé. Il précise pour chacun des référentiels les objectifs atteints et ceux restants à réaliser.

Le développement de la démarche qualité et la mise en œuvre de l'évaluation conduisent la direction à structurer le pilotage de la démarche qualité.

Pour ce faire, un responsable qualité et une secrétaire qualité sont recrutés à temps plein en septembre 2002.

Afin d'engager la mise en œuvre du programme qualité, un appel à candidature est lancé en novembre 2002 afin de constituer les groupes projets pour chaque référentiel ; environ 280 personnels participeront ainsi à différents groupes.

En septembre 2003, la direction générale très engagée, crée une nouvelle direction : la direction des usagers et de la qualité.

Cette direction est chargée de coordonner la démarche qualité sur l'ensemble de la fondation (structures sanitaires et médicosociales).

Début 2004, le rôle et les missions du comité de pilotage (vingt membres) sont redéfinis ; il a à la fois un rôle décisionnel et opérationnel.

L'évolution de la démarche amène l'établissement à scinder ce comité en deux structures : un comité de pilotage de 10 membres, instance décisionnelle et une instance opérationnel de 12 membres, la cellule qualité.

Le comité de pilotage est composé de la direction, de médecins dont le président de la CME, du président du CLIN, du médecin hygiéniste, du pharmacien, du représentant des usagers et du CHSCT.

La cellule qualité est composée de représentants de la direction des usagers et de la qualité et de chaque groupe projet.

Autour de ces deux structures s'est constituée une équipe d'auditeurs internes de 10 professionnels après appel à candidatures. À la suite de leur formation en septembre 2003, un programme de sept audits (tenue du dossier patient, pratique de mise en chambre isolement, organisation du circuit du médicament, prise en charge de la douleur...) a été défini et mis en œuvre sur la période de septembre 2003 à mars 2005.

Parallèlement à cette période, une formation-action à la gestion documentaire a été mise en place en février 2003 afin de soutenir la création d'un espace documentation qualité. Une veille réglementaire est assurée depuis l'achat d'un logiciel spécialisé en octobre 2004.

La communication des travaux réalisée dans le cadre de la démarche qualité fait l'objet d'une rubrique spécifique dans le journal trimestriel interne *Liaisons*. Des informations ponctuelles sont diffusées au moyen de la feuille *Infos* jointe au bulletin de salaire.

Les priorités de la démarche qualité

Le programme qualité défini suite à la visite d'accréditation et à la visite ciblée aborde les priorités liées aux recommandations et à la réserve auxquelles s'ajoutent d'autres thèmes.

Par référentiel des groupes projets sont constitués ; les thèmes engagés sont :

- pour le référentiel DIP : information du patient et analyse bénéfice-risque, la charte du patient, la satisfaction du patient ;
- pour le référentiel DPA : critère d'évaluation de la tenue du dossier patient informatisé, le circuit de l'archivage et le droit d'accès au dossier, la désignation de la personne de confiance et la fiche inventaire ;
- pour le référentiel OPC : organisation du circuit de dispensation des médicaments, réactualisation des protocoles et procédures, la création d'un classeur « instances et commissions, le dispositif des situations de violence (audit de pratiques sur la mise en chambre d'isolement, procédure sur l'équipe d'intervention soignante), audit pour évaluation du protocole sur la prise en charge de la douleur, l'élaboration de protocoles thérapeutiques et diagnostiques et l'évaluation des pratiques professionnelles, le réajustement des axes de prévention sur les effets du tabac... ;
- pour le référentiel MEA : la définition du poste de médecin référent et formalisation de l'organigramme médical de chaque secteur, l'articulation de l'intersecteur et des secteurs ;
- pour le référentiel GRH : audit sur les conditions de travail et la politique de gestion des ressources humaines ;
- pour le référentiel GFL, la fonction restauration, la fonction linge, la fonction sécurité, le fonctionnement des locaux ;
- pour le référentiel GSI : l'anonymisation des informations nominatives transmises par fax, l'association des utilisateurs aux choix et au suivi du système d'information ;
- pour le référentiel QPR : la généralisation des fiches signalétiques des événements indésirables, la mise en place d'une cartographie des risques, d'une cellule de crise, la formalisation des rôles et missions des correspondants des vigilances, la constitution du comité de vigilance et de gestion des risques ;
- pour le référentiel VST : l'évaluation des connaissances du personnel sur les vigilances ;
- et mise en place d'un groupe éthique : réalisation d'un questionnaire sur la notion d'éthique, préparation d'une conférence pour l'année 2005.

Les principales actions d'améliorations mises en œuvre depuis la V1

Le suivi du programme d'amélioration continue de la qualité assuré par la direction de la qualité permet d'objectiver les actions d'amélioration mises en œuvre.

Elles portent essentiellement sur les priorités définies à savoir la structuration de la gestion documentaire (classeur protocole et procédure), la confidentialité des données médicales (procédure des transmissions des informations), la sécurité du circuit du médicament, l'archivage du dossier, l'information du patient au travers la mise en place d'un classeur contenant des fiches sur les modes d'hospitalisation, les traitements, la réactualisation du questionnaire de satisfaction en intra et la création d'un questionnaire pour les patients suivis en ambulatoire, le respect des droits du patient au travers d'actions de sensibilisation et de formation, l'élaboration des fiches de poste, la formalisation des responsabilités médicales, la formalisation de documents qualité dans les domaines logistiques et la définition d'une politique de prévention et de gestion des risques.

Toutes ces démarches s'appuient sur la conduite d'enquêtes diverses et d'audits internes (mise en chambre isolement, douleur, fonctionnement et organisation des offices, circuit du médicament, connaissances pratiques face aux urgences vitales, connaissances du dispositif hygiène...).

II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation

Niveau de décision (Réco/Réserve)	Libellé de la décision	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaire	Appréciation des EV
recommandation	Développer l'information et les réflexions avec le patient sur les bénéfices et les risques des traitements	en cours	<p>L'information et le recueil du consentement du patient sont formalisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - hospitalisation complète et partielle : fiche de recueil signée en entretien médical à l'entrée du patient (fiche particulière pour les majeurs protégés et les mineurs). Une traçabilité de l'information faite au patient en cours de prise en charge est en cours d'expérimentation afin d'être repérée dans les observations médicales (item spécifique dans le dossier patient informatisé). - en ambulatoire : il n'y a pas de fiche de recueil formalisée mais une traçabilité de l'information faite au patient dans les observations médicales. <p>Un classeur « fiches destinées à l'information des patients » a été créé dans chaque unité. Ce classeur comprend des fiches explicatives sur les modes d'hospitalisation et les médicaments. Parallèlement, un espace documentation réservé aux patients a été aménagé à la bibliothèque de la fondation (documentation sur les pathologies...).</p>	<p>Une dynamique autour de cette recommandation est en place. Les moyens mis en œuvre objectivés au cours de la visite démontrent la prise en compte de la nécessité d'informer et de formaliser la réflexion sur les bénéfices et les risques. Du fait de la non-traçabilité systématique de la réflexion bénéfice-risque, un groupe projet a élaboré différents supports du recueil du consentement et d'information (à l'entrée du patient, au cours de la prise en charge item dans le dossier patient informatisé). Suite à l'information des bénéfices attendus et des risques encourus, le consentement du patient est sollicité. Rubrique spécifique sur information bénéfice-risque testé dans secteur 2 Les médecins ont suivi une formation sur la question de cette réflexion bénéfice-risque. Malgré toutes ces actions, la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque n'est pas systématique. Un classeur « fiches destinées à l'information des patients » est en place dans les unités de soins ; il sert de</p>

Niveau de décision (Réco/Réserve)	Libellé de la décision	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaire	Appréciation des EV
				support à l'équipe infirmière pour dispenser les informations nécessaires à la prise en charge du patient et/ou de son entourage.
recommandation	formaliser les responsabilités médicales des unités fonctionnelles et au sein des structures intersectorielles	oui	<p>Un groupe projet composé de médecins a été constitué sur ce thème. Une formation sur la réalisation de profils de poste a eu lieu le 4 et le 5 décembre 2003 afin d'élaborer une trame unique pour l'ensemble de la fondation. Suite à cette formation, trois profils de poste ont été élaborés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médecin référent d'unité ; - médecin chef de service ; - médecin généraliste. <p>Ces descriptifs sont actuellement déclinés dans chaque service et dans les unités intersectorielles. Une formalisation de l'organigramme médical de chaque secteur a été également réalisée.</p>	<p>Une organisation médicale définissant les niveaux de responsabilité a été définie. Celle-ci a pu être objectivée lors des visites dans les différentes unités fonctionnelles notamment plus particulièrement dans les unités intersectorielles ; cependant les fiches de poste ont été formalisées en septembre 2005.</p>
recommandation	engager une politique assurant la confidentialité de la transmission des informations concernant le patient	oui	<p>Un des groupes projets du référentiel GSI a été constitué sur ce thème. Ce groupe a créé une procédure permettant d'assurer la confidentialité des données médicales envoyées par fax.</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour les données médicales, un bordereau d'envoi unique sur lequel figure la clause de confidentialité a été créé. Tous les documents 	<p>Plusieurs mesures ont été initiées : rappel de l'obligation du secret professionnel lors du recrutement et régulièrement (rappel dans le livret d'accueil des patients et des personnels) ; Formalisation de procédures telles que la procédure d'accès au dossier du patient par des tiers extérieurs à</p>

Niveau de décision (Réco/Réserve)	Libellé de la décision	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaire	Appréciation des EV
			<p>envoyés sont anonymisés et un appel préalable et systématique du destinataire du fax a été instauré.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les certificats médicaux pour les hospitalisations sous contrainte, seul le bureau des entrées envoie ces certificats à la DDASS par fax sécurisé (directement dans le bureau du médecin inspecteur avec numérotation programmée) accompagné d'une lettre type précisant la nature de l'envoi. 	<p>l'établissement, la procédure d'envoi par fax, la procédure relative à l'accueil des patients hospitalisés définissant le recueil du consentement et les informations à recueillir et à délivrer à l'entrée du patient.</p> <p>Parallèlement des actions ont été menées dans le domaine de l'intimité du patient, de la non-divulgence de la présence, de l'anonymisation des véhicules de l'établissement.</p>
recommandation	renforcer une politique globale de vigilance sanitaire prenant en compte la sensibilisation et la formation des professionnels	oui	<p>Une politique de vigilance sanitaire et de gestion des risques a été mise en place au sein de la fondation. Deux groupes projets ont travaillé sur ce thème. Actions réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - formalisation du rôle et des missions des correspondants pharmacomatério/réacto et infectiovigilances. - réactualisation de la fiche sentinelle pour la généraliser à l'ensemble de la fondation ; - élaboration d'une procédure de signalement d'un risque ou d'un événement indésirable comprenant le circuit de la fiche sentinelle et des fiches signalant un risque de pharmacoinfectiomatério/réacto vigilances. 	<p>Jusqu'en 2004, l'établissement a renforcé son dispositif de gestion des risques et de vigilances sanitaires.</p> <p>En mars 2004, le comité de vigilance intègre la gestion des risques et devient le comité des vigilances et de gestion des risques.</p> <p>Celui-ci définit en mars 2005 un programme d'actions vigilances et gestion des risques.</p> <p>Plusieurs actions d'améliorations ont été engagées (formalisation du rôle et missions des différents correspondants locaux, réactualisation de la fiche sentinelle, formalisation de la procédure de signalement d'un risque ou d'un événement indésirable et les risques des vigilances, élaboration de la cartographie des risques, etc.).</p>

Niveau de décision (Réco/Réserve)	Libellé de la décision	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaire	Appréciation des EV
			<ul style="list-style-type: none"> - réalisation d'une cartographie des risques ; - mise en place d'une politique de prévention du matériel médical ; - mise en place d'une cellule de crise et rédaction d'une procédure concernant son fonctionnement. <p>Concernant la sensibilisation et la formation des professionnels, différentes actions ont été menées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réalisation d'un questionnaire en avril 2003 pour évaluer la connaissance du personnel sur les questions de vigilances ; - le résultat de ce questionnaire a permis d'organiser deux demi-journées de sensibilisation sur la pharmacovigilance avec le centre de pharmacovigilance de Toulouse (CRPV) le 16 octobre et le 20 novembre 2003 ; - en 2004, poursuite des campagnes d'information (infectiovigilance) animées par la surveillante hygiéniste et organisation d'une conférence sur les vigilances le 10 novembre 2004 par la CCREVI. 	Des actions de sensibilisations et d'informations à destination des professionnels ont été conduites suite à la réalisation d'un questionnaire en avril 2003 pour évaluer la connaissance des personnels sur les vigilances sanitaires.
réserve	- organiser le circuit du médicament depuis la prescription initiale, la dispensation par le	oui	<p>En 2000 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'un audit qualité sur la prescription et la délivrance des médicaments (juillet 2000) ; 	À la suite de la réserve, l'établissement s'est engagé à sécuriser le circuit du médicament et de fait l'inscrire dans une démarche qualité.

Niveau de décision (Réco/Réserve)	Libellé de la décision	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaire	Appréciation des EV
	pharmacien jusqu'à l'administration	oui	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une nouvelle fiche de prescription médicale avec double autocopiant adressé au pharmacien ; - Suppression de tout recopiage des prescriptions médicales par les infirmiers ; rendue possible par la lisibilité des ordonnances. La préparation des piluliers se réalise à partir de la prescription médicale (sans aucun autre intermédiaire) ; - Généralisation du diagramme de soins permettant une vérification de la prise des traitements à partir de la prescription médicale ; - Inscription d'une politique d'amélioration continue des soins concernant le médicament dans le projet d'établissement 2001-2005 (projet de soins) ; - Suppression de tout stockage et délivrance de médicaments dans les CMP ; - Mise en place d'une fiche de traçabilité sur le contrôle des armoires à pharmacie. <p>En 2001 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Choix d'un logiciel pour une prescription médicale informatisée ; - Détermination d'un échéancier pour une implantation progressive du logiciel dans les unités de soins ; 	<p>Cette démarche d'amélioration a abouti en octobre 2002 à la levée de la réserve.</p> <p>Depuis cette date, l'établissement a poursuivi ses efforts ; ils se concrétisent par la prescription informatisée intégrée au nouveau logiciel du dossier patient, celle-ci est en cours de généralisation sur l'ensemble de l'établissement (ambulatoire et hospitalisation), des actions de formation et de sensibilisation à destination des professionnels, la réalisation d'un nouvel audit sur le circuit du médicament et la réactualisation de la procédure « circuit du médicament ».</p> <p>À noter la visite du pharmacien inspecteur départementale en date du 7 juillet 2005 validant cette dynamique qualité.</p>

Niveau de décision (Réco/Réserve)	Libellé de la décision	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaire	Appréciation des EV
		oui	<ul style="list-style-type: none"> - Début de l'installation sur le réseau informatique de « Thésaurus Vidal SEMP » ; - Mise en œuvre de la fiche de traçabilité sur le contrôle des armoires à pharmacie ; - Protocolisation de la délivrance d'antalgiques (commission douleur) ; - Définition des actions de formation relatives au médicament en vue de l'élaboration du plan de formation 2002 ; - Création d'un comité de vigilance sanitaire dont l'une des missions est de veiller à la pharmacovigilance <p>En 2002 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Montée en charge progressive de l'informatisation de la prescription médicale ; - Rédaction de procédures d'utilisation relatives à l'élaboration du plan de travail et l'élaboration du plan de soins. - Actions de formation sur l'utilisation du logiciel de prescription médicale par unité de soins, assurée dans un 1^{er} temps par le fournisseur puis par la pharmacie, formation sur la surveillance des effets secondaires des nouveaux neuroleptiques pour le personnel infirmier, formation sur 	

Niveau de décision (Réco/Réserve)	Libellé de la décision	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaire	Appréciation des EV
			<p>l'analyse des bénéfice-risque des traitements psychotropes (au mois de mai) dans le cadre de la réactualisation des connaissances.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participation du président de la CME et du pharmacien à la commission régionale des vigilances région Midi-Pyrénées ; - Premières réunions de la nouvelle composition du comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles au cours desquelles a été défini son règlement intérieur validé en CME le 2 avril 2002 ; - Réalisation d'un nouvel audit et d'une procédure « circuit du médicament ». - <i>Octobre 2002 :</i> Réception de l'additif au rapport d'accréditation et levée de la réserve concernant le circuit du médicament. En 2003 : - Choix d'un logiciel pour l'informatisation du dossier patient ; - Prescriptions informatisées intégrées au logiciel dossier patient sur le secteur II, l'Alcoologie et le secteur III ; - Formation : « Maîtriser et sécuriser le circuit du médicament à l'hôpital » ; - Sensibilisation sur la pharmacovigilance par le CRPV de 	

Niveau de décision (Réco/Réserve)	Libellé de la décision	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaire	Appréciation des EV
			<p>Toulouse en octobre et novembre.</p> <p>En 2004 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescriptions informatisées intégrées au logiciel dossier patient sur le secteur I, le CRL, le SAUS, et le SIJ ; - Réactualisation de la formation par rapport à la nouvelle version du logiciel dossier patient (V.6) ; - Mise en place du VIDAL sur le logiciel dossier patient ; - Conférence sur les vigilances par la CCREVI en novembre ; - Réalisation d'un audit dans le cadre du groupe projet OPC 9 ; - Elargissement du comité de vigilance sanitaire pour intégrer la gestion des risques (comité de vigilance sanitaire et de gestion des risques) ; - Définition des actions correctives à mettre en place au regard des résultats de l'audit sur le circuit du médicament. <p>En 2005 (à ce jour) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescriptions informatisées intégrées au logiciel dossier patient sur la psychogériatrie ; - Réactualisation de la procédure « circuit du médicament ». 	
réserve	- mettre en assurance qualité la procédure de stérilisation	oui	Suppression de toutes les activités de soins du plateau technique : dentiste, radiologie, dermatologie, cardiologie. Il	Il n'y a plus d'activité de stérilisation au sein de l'établissement.

Niveau de décision (Réco/Réserve)	Libellé de la décision	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaire	Appréciation des EV
			n'y a plus aucune stérilisation de matériel dans l'établissement. <i>Octobre 2002 :</i> Réception de l'additif au rapport d'accréditation et levée de la réserve concernant la stérilisation	

III Association des usagers à la procédure d'accréditation

La participation des usagers s'est fortement développée depuis l'engagement de l'établissement dans la démarche qualité et dans la procédure d'accréditation.

Elle se concrétise à ce jour par leur présence aux différentes commissions et comités tels que :

- la commission de surveillance dont le rôle est consultatif (avis sur le fonctionnement général de l'établissement) (un représentant de l'UNAFAM – déléguée régionale) ;
- le comité de pilotage de la démarche qualité (un représentant de l'UNAFAM) ;
- la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (2 représentants de l'UNAFAM – déléguée régionale et présidente de l'association).

Dans le cadre de l'auto-évaluation, des représentants des usagers ont intégré le groupe de travail CLIN et les groupes de synthèse du chapitre 1 (représentant des usagers), du chapitre 3 (un usager), du chapitre 4 (1^{er} groupe : un représentant des usagers ; 2^e groupe : un usager).

Une formation portant sur le thème de la deuxième procédure d'accréditation leur a été dispensée.

Cette démarche a abouti à la constitution récente d'un comité des usagers depuis 2004 (à ce jour deux réunions ont été organisées). Celui-ci est en voie de définir son rôle, son fonctionnement et ses attributions ; il est composé de 7 usagers et familles d'usagers.

IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité

La MRIICE a recueilli les informations relatives aux contrôles et inspections de la compétence des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales de la région en matière de sécurité sanitaire.

Concernant la pharmacie à usage intérieur, le rapport de la visite d'inspection a été transmis à l'établissement en date du 29 juillet 2005

Ce rapport a fait pas l'objet de remarques particulières ; celles-ci sont prises en compte par l'établissement (pour certaines elles sont réalisées, pour d'autres elles sont en cours de réalisation).

PARTIE 2
CONSTATATIONS PAR CHAPITRE

CHAPITRE I
POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT

Réf. 1	L'établissement définit et met en œuvre des orientations stratégiques		Cotations
1 a	Les orientations stratégiques prennent en compte les besoins de la population, en termes de soins et de prévention	Les orientations stratégiques ont été élaborées en prenant en compte le SROS et les données relatives à l'état de santé de la population.	A
1 b	Les orientations stratégiques organisent la complémentarité avec les autres établissements du territoire de santé et la participation aux réseaux de santé	La complémentarité est organisée sous forme de partenariat formalisé avec d'autres établissements et de participation aux réseaux de santé.	A
1 c	La direction, les instances délibératives et consultatives, et les responsables s'impliquent dans la définition des orientations stratégiques	Le processus d'élaboration du projet d'établissement favorise la participation des instances et des responsables. Leurs rôles respectifs sont définis et la communication organisée. Leur implication est effective.	A
1 d	La direction et les responsables mettent en œuvre leur politique en conformité avec les orientations stratégiques	Dans les différents domaines d'activité, la direction et les responsables précisent les choix stratégiques retenus et identifient les objectifs et les moyens nécessaires à leur réalisation. Ils en assurent la communication et le suivi.	A

Réf. 2	L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage		Cotations
2 a	Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'établissement	L'établissement intègre le respect des droits et de l'information du patient dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée.	A
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée	Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression dans la plupart des cas. Des aménagements favorisant l'accueil des familles dans les unités n'en disposant pas sont prévus et seront à finaliser. Le recueil des suggestions et des plaintes est organisé.	B
2 c	Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite	Un groupe projet qualité centré sur l'éthique est en place depuis 2003, quelques réflexions éthiques sont conduites autour de la prise en charge du patient. Une formation « éthique et soin » est programmée en 2006 ainsi que l'organisation d'une conférence annuelle pour l'ensemble du personnel.	B
2 d	La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients	Les attentes des patients sur le plan hôtelier sont recueillies dans le questionnaire de satisfaction. Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est recherché dans la grande majorité des unités. L'établissement s'est engagé dans une politique et un programme d'humanisation et d'organisation de ses locaux d'hébergement. En mars 2005, l'établissement a réalisé un bilan dans lequel il recense pour chaque service l'avancement des travaux d'amélioration des conditions d'hébergement. La prestation restauration et blanchisserie prend en compte les attentes des patients sont recueillies dans le questionnaire de satisfaction, la commission menu, de la commission linge.	B
2 e	Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement	Les représentants des patients et des familles siègent dans les instances et ont participé à la démarche de certification. Un comité d'usagers a été créé récemment. La participation des usagers aux démarches qualité et aux améliorations du service rendus est engagée.	B

Réf. 3	La politique des ressources humaines est en conformité avec les missions et les orientations stratégiques de l'établissement		Cotations
3 a	Les responsabilités dans la gestion des ressources humaines sont identifiées	Les différents intervenants sur la GRH sont identifiés tant au niveau de l'établissement que des secteurs d'activité ; leurs rôles respectifs et leurs interfaces sont définis et connus de l'ensemble du personnel de l'établissement.	A
3 b	Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement	Il existe une politique d'anticipation des besoins en personnel à court, moyen et long terme dans une dimension à la fois quantitative et qualitative au sein de l'établissement et des secteurs d'activité sur la base d'outils partagés.	A
3 c	L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines	Les conditions de travail et les risques professionnels sont évalués et un plan d'amélioration des conditions de travail est élaboré. Des actions de suivi et d'évaluation sont planifiées.	A
3 d	La motivation des personnels est recherchée en favorisant leur adhésion et leur implication	Des actions sont définies et conduites au sein de l'établissement de santé pour favoriser l'adhésion, la participation et la motivation des personnels.	A

Réf. 4	La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement		Cotations
4 a	Le schéma directeur du système d'information s'appuie sur les orientations stratégiques de l'établissement	Le schéma directeur du système d'information est en cours d'actualisation dans le cadre du nouveau projet d'établissement 2006-2010. La sécurité du réseau informatique interne, l'évaluation du système d'information et de la satisfaction des utilisateurs sont à traiter dans ce cadre. La généralisation du logiciel de gestion du dossier unique du patient à toutes les unités de l'institution est un élément important de la politique du système d'information. La politique de communication interne et externe reste à être intégrée dans ce schéma directeur.	B
4 b	Les projets du système d'information sont définis et hiérarchisés en fonction des processus à optimiser, en recherchant l'adhésion des professionnels concernés et, en cas d'informatisation, de la maturité du marché	Les projets du système d'information s'inscrivent dans le cadre du projet d'établissement et des orientations stratégiques de l'institution. La priorité donnée à la mise en place d'un dossier unique informatisé du patient vise à améliorer la qualité des soins, de la prise en charge et du suivi des patients en accord avec les personnels et les instances. Les projets ont été hiérarchisés dans le cadre du PE et suite à la visite d'accréditation : sécurisation du circuit du médicament, valorisation de l'activité (PMSI expérimental), dossier informatisé du patient et réseau informatique interne.	B
4 c	Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs permettent de réaliser les projets du système d'information	Des groupes spécifiques ont été constitués avec des représentants du personnel concernés, chargés de l'évaluation des besoins avant la mise en place de différents logiciels. Un calendrier d'information et de déploiement a été défini pour chaque projet. Des réajustements sont proposés et réalisés lors des réunions du SIH.	B
4 d	Les professionnels concernés reçoivent un accompagnement et une formation pour traiter et utiliser les données	Les personnels utilisateurs bénéficient d'une formation adaptée et d'un accompagnement personnalisé permettant un traitement et une utilisation efficace des données.	A
4 e	Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins	Une politique du dossier patient cohérente avec le projet d'établissement est définie en associant les instances et les professionnels concernés. Celle-ci favorise la confidentialité, la fiabilité, l'accessibilité et le stockage des informations ainsi que la coordination des professionnels et des secteurs d'activité.	A

Réf. 5	L'établissement définit et met en œuvre une politique de communication		Cotations
5 a	La direction et les responsables développent une politique de communication interne	<p>Le projet d'établissement en cours inclut des actions de communication interne, qui ont été mises en œuvre de 2001 à 2005, notamment l'élaboration et la mise en place d'une procédure d'accueil des nouveaux salariés.</p> <p>Des plaquettes de présentation des services de l'institution ont été élaborées et diffusées.</p> <p>La politique culturelle développée au sein de l'institution est un des axes de la politique de communication interne.</p> <p>Une cellule de communication est en place depuis 1992.</p>	B
5 b	Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement	<p>Les orientations stratégiques de l'institution, leur mise en œuvre et les résultats annuels sont communiqués au personnel au moyen de plusieurs supports écrits, journal trimestriel, feuille mensuelle annexée au bulletin de paie, notes de service de la direction comptes rendus d'instances, réseau intranet et rencontres institutionnelles.</p> <p>Des actions sont menées mais restent diffuses et ne permettent que partiellement l'information aux personnels.</p>	B
5 c	La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes	<p>Le projet d'établissement en cours prévoit une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.</p> <p>Différentes actions, journées portes ouvertes, inaugurations, conférences, expositions sont organisées à destination du public.</p> <p>La politique culturelle et de valorisation du patrimoine développée au sein de l'institution est un vecteur de communication externe.</p> <p>Les objectifs de communication vis-à-vis des correspondants externes ne sont pas définis.</p> <p>L'établissement devra concrétiser sa démarche de communication envers les correspondants externes.</p>	C

Réf. 6	L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques		Cotations
6 a	La direction et les instances définissent les priorités et les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques	Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques sont définis et hiérarchisés de manière concertée entre la direction et les instances. Ils sont communiqués aux professionnels.	A
6 b	La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles	L'EPP fait partie intégrante de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Dans ce cadre, une stratégie de développement, notamment des actions de communication et de formation, et le suivi d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles sont mis en œuvre.	A
6 c	Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et des risques sont identifiées	Les responsabilités des professionnels concernant la qualité et la gestion des risques sont définies quel que soit leur niveau d'intervention (responsable hiérarchique, responsable de fonction transversale, professionnel).	A

Réf. 7	L'établissement met en œuvre une politique d'optimisation de ses ressources et de ses moyens en adéquation avec les orientations stratégiques		Cotations
7 a	Les coûts des activités sont connus et leur maîtrise est assurée	Les coûts des activités sont connus et transmis aux responsables. À partir de l'exploitation et de l'analyse des résultats, des mesures d'ajustement sont mises en œuvre avec les responsables des services afin d'assurer la maîtrise des coûts.	A
7 b	La réalisation et le financement des investissements sont planifiés de façon pluriannuelle	La prévision et l'organisation des investissements à réaliser et à financer permettent une planification pluriannuelle. Celle-ci est opérationnelle et son suivi assuré par des responsables identifiés de l'établissement.	A
7 c	Une politique d'optimisation des équipements est mise en œuvre	De nombreuses conventions de partenariat ont été conclues pour la fourniture de prestations de restauration et/ou de linge avec des maisons de retraite et des collectivités locales. Les 3 centres médicopsychologiques des secteurs d'Albi ont été regroupés en une seule fédération permettant ainsi une mutualisation des moyens. Les examens de laboratoire et d'électroconvulsivothérapie sont réalisés en partenariat avec l'hôpital général. Le service transport de l'institution a été réorganisé pour répondre aux besoins des patients et des services. Une réflexion est en cours dans le cadre de la préparation du nouveau projet d'établissement pour une mutualisation des moyens de l'intersectorialité de l'intra-hospitalier et la création de CMP pivot dans chaque secteur.	B

CHAPITRE II
RESSOURCES TRANSVERSALES

Réf. 8	Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement		Cotations
8 a	Les instances représentatives des personnels sont consultées à périodicité définie et traitent des questions relevant de leur compétence	Les instances sont réunies périodiquement conformément à la réglementation. Un suivi est assuré sur les thèmes ayant fait l'objet de leurs avis et suggestions.	A
8 b	D'autres modalités sont également prévues pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels	Au-delà des instances représentatives, d'autres modalités sont définies et mises en œuvre pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels. Le suivi de ces actions est assuré.	A

Réf. 9	Les processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés		Cotations
9 a	Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé	Une politique de recrutement est définie. Les différents acteurs sont identifiés. Les modalités de recrutement sont formalisées intégrant l'adéquation des compétences aux conditions d'exercice.	A
9 b	L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés	Une politique d'accueil et d'intégration est organisée à l'échelle institutionnelle et son impact est régulièrement évalué et son programme réajusté.	A
9 c	La formation continue, y compris médicale, contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des personnels	Il existe un plan de formation y compris médicale qui permet de répondre aux orientations stratégiques de l'établissement de santé et des secteurs d'activité, aux besoins individuels, notamment en termes de promotion, et qui associe dans son élaboration les différents acteurs institutionnels. Sa mise en œuvre est maîtrisée (recueil de besoins, critères de priorisation, politique de choix et d'achat de formations, etc.) et évaluée.	A
9 d	L'évaluation des personnels est mise en œuvre	L'évaluation des personnels est mise en place et ses résultats sont utilisés dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines.	A
9 e	La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles	Des modalités de gestion sont définies, diffusées, appropriées et appliquées par l'ensemble des gestionnaires du personnel. Elles garantissent les principes de disponibilité, d'intégrité, de confidentialité et de sécurité des dossiers du personnel.	A

Réf. 10	Les fonctions hôtelières assurées par l'établissement ou externalisées sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage		Cotations
10 a	Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité du patient	<p>Depuis plusieurs années, l'établissement s'est engagé dans une politique et un programme d'humanisation et d'organisation de ses locaux d'hébergement. Son objectif est de proposer à chaque patient une chambre individuelle dotée d'un cabinet de toilettes permettant le respect de l'intimité et de la dignité du patient. En mars 2005, l'établissement a réalisé un bilan dans lequel il recense pour chaque service l'avancement des travaux d'amélioration des conditions d'hébergement (pour 320 lits et 303 chambres, il propose 279 chambres individuelles dont 239 sont équipées d'un cabinet de toilettes).</p> <p>Lors des visites, les experts-visiteurs ont constaté la vétusté de certains locaux de soins et d'hébergement de plusieurs unités de soins (revêtements muraux dégradés, distribution des locaux très ancienne devenue inadaptée à l'évolution de l'établissement et aux techniques actuelles de prises en charge des patients...).</p> <p>La rénovation de ces unités est inscrite dans un plan pluriannuel des travaux qui fait l'objet d'un échéancier.</p> <p>L'établissement devra poursuivre le plan d'humanisation de ses locaux.</p>	C
10 b	Les conditions d'hébergement des personnes handicapées ou dépendantes sont adaptées	<p>Les programmes de travaux et de rénovation des locaux d'accueil et d'hébergement en cours de réalisation intègrent l'accessibilité des personnes à mobilité réduite.</p> <p>Un plan d'investissement annuel permet de doter les services de soins de matériels adaptés aux personnes à mobilité réduite.</p>	B
10 c	La prestation restauration répond aux besoins nutritionnels spécifiques, et prend en compte les préférences et les convictions du patient	<p>Les besoins nutritionnels spécifiques, les préférences et les convictions sont identifiés et pris en compte.</p> <p>Les professionnels des différents secteurs y contribuent de façon coordonnée.</p>	A
10 d	Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants	<p>Une prestation de restauration et des possibilités d'hébergement peuvent être proposées aux familles ou accompagnants.</p> <p>L'information sur cette prestation n'est ni formalisée, ni systématique. Elle est proposée par les personnels selon le contexte et la nature de la prise en charge.</p>	B

Réf. 11	Les fonctions logistiques, assurées par l'établissement ou externalisées, sont organisées pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations		Cotations
11 a	La qualité et l'hygiène de la restauration sont assurées	Le système d'assurance qualité en restauration comporte l'existence d'une démarche HACCP, de protocoles et d'audits. La distribution est organisée. L'établissement assure l'adaptation des prestations aux attentes des patients.	A
11 b	La qualité et l'hygiène en blanchisserie, et dans le circuit de traitement du linge, sont assurées	Le programme qualité est assuré par l'application des protocoles établis à toutes les étapes de la fonction blanchisserie. L'établissement assure la formation des personnels, la diffusion des protocoles et l'évaluation à périodicité définie.	A
11 c	Le transport du patient entre les secteurs d'activité internes et/ou externe de l'établissement permet la continuité des soins, le respect concernant la dignité, la confidentialité et la sécurité, notamment l'hygiène	La fonction transport (interne et externe) est organisée et le personnel est formé dans le but d'assurer l'hygiène, la continuité des soins et le respect des droits du patient.	A

Réf. 12	Les approvisionnements sont assurés		Cotations
12 a	Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif	Les besoins des secteurs d'activité sont régulièrement évalués et pris en compte. Les procédures tiennent compte des évolutions de l'activité et du contexte. Les professionnels sont satisfaits de la réponse donnée à leurs besoins.	A
12 b	Les personnels utilisateurs sont associés aux procédures d'achat	L'association des utilisateurs est définie dans les procédures d'achats et elle est effective.	A
12 c	Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie, et des dispositions d'approvisionnement en urgence sont établies	Les procédures d'approvisionnements réguliers et en urgence sont opérationnelles.	A

Réf. 13	Un système de management de la qualité est en place		Cotations
13 a	L'écoute des patients est organisée	L'établissement dispose d'une organisation permettant le recueil et l'analyse des attentes, de la satisfaction et des plaintes des patients. Ce système permet la mise en place d'actions d'amélioration.	A
13 b	Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps	L'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité comportant des objectifs précis. Les échéances et les modalités de suivi sont définies. La communication sur le programme est assurée.	A
13 c	Le programme d'amélioration continue de la qualité prend en compte les résultats issus de différentes formes d'évaluation internes et externes	L'établissement dispose d'une visibilité sur les différentes évaluations internes et externes réalisées et utilise leurs résultats pour élaborer le programme d'amélioration de la qualité.	A
13 d	La formation des professionnels à la qualité est assurée	De nombreuses formations ont été déployées à destination des personnels participant directement à la mise en œuvre de la démarche qualité et dans le cadre de la démarche d'accréditation. Les membres du comité de pilotage, des groupes projets, des auditeurs internes et les personnels de secteurs d'activité spécifiques (restauration, hygiène, etc.) et les personnels associés à des thèmes comme la douleur, le circuit du médicament, ont bénéficié d'accompagnement méthodologique et de sensibilisation. L'ensemble des personnels n'a pas bénéficié de ce programme de formation. La diffusion du bulletin <i>Liaisons</i> et <i>Infos</i> participe indirectement à la sensibilisation des personnels. L'évaluation des formations réalisées à ce jour n'est pas engagée. L'établissement devra généraliser la formation des professionnels à la qualité et évaluer son efficacité.	C
13 e	Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé	L'établissement met en œuvre les actions permettant le déploiement de la démarche qualité dans les secteurs d'activité (conférences, réunions, participation de la direction de la qualité aux différentes commissions, communication bulletin, rubrique Qualité infos sur réseau intranet, etc.). De nombreux groupes projets référencés aux référentiels HAS sont en place.	B

Réf. 13	Un système de management de la qualité est en place		Cotations
		À ce jour, les relais au sein des secteurs d'activité restent à identifier. Une salle documentation qualité a été créée afin de mettre à disposition des groupes projets et de tous les personnels les documents, les outils qualité et une veille réglementaire.	
13 f	La gestion documentaire est organisée	La gestion documentaire est organisée ; un classeur « Procédures et protocoles » a été mis en place ; une charte graphique a été définie. Une procédure de diffusion des documents qualité a été formalisée. Toutefois, la maîtrise de la gestion documentaire est rendue perfectible par l'utilisation des protocoles et procédures internes aux secteurs d'activité. Lors de la visite il a été objectivé deux documents source pour un protocole thérapeutique (protocole référencé qualité et protocole interne au service).	B
13 g	Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré	L'établissement a mis en place des dispositions permettant d'assurer le suivi du programme d'amélioration de la qualité. Ces dispositions sont appliquées.	A

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
14 a	Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées	<p>Afin de structurer la gestion des risques, un comité de vigilances et de gestion des risques (CVGR) a été créé en mars 2004.</p> <p>Les informations relatives aux risques sont rassemblées par la direction des usagers et de la qualité selon des procédures définies.</p> <p>Une politique globale de gestion des risques a été définie par le CVGR à partir du recensement semestriel des différentes déclarations (fiche sentinelles, rapports d'incidents, accidents du travail, accident par exposition au sang, registre sécurité, déclarations d'incidents en pharmaco, etc.).</p> <p>Cependant, Il est apparu lors de rencontres avec les professionnels leurs difficultés à utiliser la fiche d'événements sentinelles. Ils font remonter une incompréhension sur les objectifs liés à la déclaration des événements indésirables. Il en ressort une sous-déclaration malgré une évolution sensible constatée.</p>	B
14 b	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a priori</i> les risques	<p>L'identification et l'analyse des risques <i>a priori</i> ont été réalisées par un groupe projet dans le cadre de l'élaboration de la cartographie des risques (mars 2004).</p> <p>Les risques professionnels sont pris en compte par un état des lieux réalisé service par service.</p> <p>Au cours de la visite, il a été objectivé une situation pouvant amener un risque grave pour le patient dans un service. Informé par le service, le directeur de l'établissement a pris une mesure corrective immédiate qu'il a présentée lors du bilan journalier.</p> <p>L'établissement devra renforcer sa démarche d'identification des risques <i>a priori</i>.</p>	C
14 c	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques	<p>Fin 1999, la direction des soins met en place une fiche sentinelle. Celle-ci a été réactualisée et étendue à l'ensemble des professionnels mais également aux visiteurs et aux patients.</p> <p>La gestion des fiches sentinelles est assurée par la direction de la qualité et des usagers.</p> <p>Celle-ci peu utilisée par les professionnels se juxtapose parfois pour la déclaration de certains risques avec d'autres supports (rapport d'incident, déclaration d'accident du travail) ce qui ne permet pas à l'établissement d'appréhender globalement pour leur gestion l'ensemble des risques <i>a posteriori</i>.</p>	B

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
		Un bilan semestriel est présenté au comité des vigilances et des risques. Ce bilan prend en compte l'ensemble des déclarations liées à des incidents notamment les vigilances sanitaires. Des fiches relais sont mises en place afin d'alerter les directions sur le niveau de la déclaration et la nature du risque et de leur permettre le traitement de la situation dans les plus brefs délais.	
14 d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter	Deux réunions septembre 2004 et février 2005 ont amené le comité de vigilance et de gestion des risques, après analyse des risques institutionnels, à formaliser un programme d'actions « vigilances sanitaires-gestion des risques » en février. Il comporte 4 axes prioritaires (les AES, les accidents du travail, les fugues et les risques professionnels). Des objectifs et indicateurs de suivi sont définis et planifiés.	B
14 e	La gestion d'une éventuelle crise est organisée	Une organisation est en place pour faire face à une situation de crise : cellule de crise, circuits d'alerte, formation des professionnels, scénarios de crise, exercices de crises, modalités de communication. Elle est connue des professionnels.	A
14 f	L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place	L'établissement est organisé pour faire face aux risques exceptionnels. Les plans d'urgence sont formalisés et actualisés ; les professionnels connaissent les modalités de mise en œuvre et leur rôle dans le dispositif par la formation et la participation à des simulations. Des actions de communication complètent cette organisation.	A

Réf. 15	Un dispositif de veille sanitaire est opérationnel		Cotations
15 a	Les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable sont en place et sont connues des professionnels	L'établissement a défini les procédures à mettre en œuvre en cas d'événement indésirable. Les responsabilités sont identifiées. Les procédures sont connues des professionnels.	A
15 b	La traçabilité des produits de santé est assurée	L'établissement a défini les modalités de traçabilité des produits de santé et les met en œuvre. Les responsabilités sont définies. Ces modalités sont connues des professionnels concernés. L'établissement s'assure de la fiabilité et de l'exhaustivité du système	A
15 c	Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place	L'établissement a mis en place une organisation permanente lui permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé. Les responsabilités sont définies et les professionnels concernés, formés.	A
15 d	La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée	L'établissement a mis en place une organisation permettant la coordination des vigilances entre elles et des vigilances avec la gestion des risques.	A
15 e	Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilances	L'établissement a mis en place une organisation assurant la coordination des vigilances avec les structures régionales et nationales de vigilance.	A

Réf. 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place		Cotations
16 a	Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place	Une identification des patients et des activités à risque, dans les différents domaines des soins, a été réalisée et un programme de surveillance est mis en œuvre. Son suivi est assuré.	A
16 b	Une formation de l'ensemble des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux spécifique à la prise en charge est assurée	L'établissement a organisé pour l'ensemble du personnel une formation régulière à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux adaptée aux besoins spécifiques de la prise en charge, actualisée sous la direction du CLIN et régulièrement évaluée.	A
16 c	Des protocoles ou des procédures de maîtrise du risque infectieux, validés, sont utilisés	Il existe des protocoles et procédures de maîtrise du risque infectieux, validés par le CLIN, adaptés aux activités de l'établissement. Leur utilisation est évaluée.	A
16 d	Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé	Une sous-commission « antibiotiques » émanant du COMEDIMS a défini les règles de bonne utilisation des antibiotiques et les éléments afférents dans le guide d'antibiothérapie ; celui-ci a été diffusé. Le binôme pharmacien et médecin hygiéniste a été désigné référent en la matière. L'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière et la pharmacie assurent le suivi des bactéries multirésistantes/antibiotiques. L'antibioprophylaxie n'est pas à ce jour définie dans l'établissement. Elle s'appuie sur les prescriptions des praticiens concernés.	B
16 e	Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, y compris les professionnels temporaires et les étudiants, est établi en concertation avec la médecine du travail	Le risque infectieux des professionnels (y compris étudiants, stagiaires et intérimaires) est évalué à périodicité définie, et un programme concerté de prévention et de prise en charge des infections est élaboré et mis en œuvre.	A
16 f	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et fait l'objet d'une procédure de « signalement d'un risque ou d'un événement indésirable » connue et à disposition des personnels.	B

Réf. 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place		Cotations
		Le signalement des infections nosocomiales est en voie d'amélioration, du fait du passage progressif et à ce jour non encore achevé d'un support papier à un support informatique.	
16 g	Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place	Une information et une formation de l'ensemble des professionnels permettent de connaître le dispositif (alerte, identification et gestion) mis en place face à un phénomène épidémique. Des mesures préventives permettent d'éviter la survenue ou la récurrence d'un tel phénomène.	A

Réf. 17	La gestion des risques liés aux dispositifs est assurée		Cotations
17 a	Le prétraitement et la désinfection des équipements et des dispositifs médicaux font l'objet de dispositions connues des professionnels concernés	Les professionnels chargés du prétraitement et de la désinfection des dispositifs médicaux et des équipements sont formés et utilisent des protocoles validés.	A
17 b	En stérilisation, la maîtrise de la qualité est assurée		NA
17 c	La maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est assurée	La politique est définie et l'organisation de la maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est en place et connue des utilisateurs. Les dysfonctionnements sont analysés et les actions d'amélioration mises en œuvre.	A

Réf. 18	La gestion des risques liés à l'environnement, hors infrastructures et équipements, est assurée		Cotations
18 a	L'hygiène des locaux est assurée	L'établissement a mis en place un système d'assurance qualité pour l'hygiène des locaux basé sur la formation et l'information des personnels concernés, l'adaptation des pratiques de nettoyage des locaux en fonction du risque, les contrôles et la mise en place des actions d'amélioration correspondantes.	A
18 b	La maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations	L'établissement a mis en place un système d'assurance de la qualité de l'eau dans ses différentes utilisations basé sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en œuvre de contrôles périodiques et des actions d'amélioration.	A
18 c	La maintenance et le contrôle de la qualité de l'air sont adaptés aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées	L'établissement s'est engagé avec ses fournisseurs à assurer le suivi des systèmes de rafraîchissements installés dans les différents locaux. Suite à un audit exhaustif, des travaux ont été réalisés afin de supprimer l'amiante.	B
18 d	L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est organisée	Une organisation d'élimination des déchets est en place. Les professionnels sont formés, des mesures de protection sont en place. Les dysfonctionnements sont régulièrement analysés et suivis d'actions d'amélioration.	A
18 e	Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène sont associés à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux	Tout nouveau projet d'aménagement des locaux, d'équipement matériel ou de réorganisation est soumis à la consultation du CLIN pour en apprécier les risques infectieux. Une coordination des acteurs, intégrant l'EOHH est mise en place.	A

Réf. 19	La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements, hors dispositifs médicaux, sont assurées		Cotations
19 a	La sécurité des bâtiments, des installations et des équipements fait l'objet d'un suivi	Le suivi de la sécurité des bâtiments, des installations et des équipements est assuré. Les dysfonctionnements sont identifiés et traités.	A
19 b	La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée	L'établissement s'assure du passage régulier de la commission de sécurité et réalise le suivi des recommandations. La formation actualisée, la connaissance des consignes de sécurité et des protocoles d'alerte, les exercices de simulation et les dispositions vis-à-vis du tabagisme complètent le dispositif de prévention.	A
19 c	La maintenance préventive et curative est assurée	L'organisation de la maintenance préventive et curative des infrastructures et des équipements est opérationnelle.	A
19 d	Les protocoles d'alerte et d'intervention concernant la sécurité des infrastructures sont disponibles et connus des professionnels	Il existe des protocoles d'alertes et d'intervention, diffusés à l'ensemble des professionnels. Leur appropriation par les professionnels est effective.	A

Réf. 20	La sécurité des biens et des personnes est assurée		Cotations
20 a	La conservation des biens des patients et des professionnels est organisée	<p>Une procédure d'inventaire permettant d'assurer la conservation des biens des patients est à la disposition des agents ; toutefois les experts-visiteurs ont constaté l'absence de casiers ou de tous autres moyens permettant de mettre en sécurité les effets personnels ou les biens des personnes hospitalisées ou fréquentant les structures extrahospitalières.</p> <p>La conservation et la sécurité des biens des personnels sont perfectibles (vestiaire trop étroit, manque de placard).</p> <p>L'établissement devra mettre en place les moyens adaptés pour sécuriser les biens des personnes en particulier dans les structures extrahospitalières.</p>	C
20 b	Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en œuvre	<p>L'établissement s'est engagé dans la mise en œuvre de mesures préventives de sécurité des personnes : détermination d'un pool de soignant pouvant intervenir sur appel et à tout moment au bénéfice des unités de soins afin de faire face à des situations aiguës ou d'agitation ; mise en place de systèmes de vidéo surveillance ; dispositif pour travailleur isolé ; sensibilisation des personnels et diffusion de consignes de sécurité aux personnels, aux patients et aux visiteurs.</p> <p>L'établissement ne peut pas s'appuyer sur la fiche sentinelle pour prendre les éventuelles mesures préventives.</p>	B
20 c	Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et des personnes sont en place et connues de tous	Des dispositions d'alerte concernant la sécurité des biens et des personnes sont mises en œuvre. Les rôles respectifs des professionnels et des patients sont connus.	A

Réf. 21	Le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement		Cotations
21 a	Les bases de connaissances utiles à la réalisation des différentes activités sont à la disposition des professionnels	Le recueil des connaissances utiles aux utilisateurs est organisé. Les supports et le mode de communication en permettent l'accès aux informations.	A
21 b	Les données nécessaires à la prise en charge des patients sont communiquées en temps utile et de façon adaptée aux besoins	L'organisation permet la mise à disposition des professionnels concernés des données nécessaires aux différents stades de la prise en charge du patient en temps utile et dans les différents secteurs d'activité, sous une forme adaptée aux besoins.	A
21 c	Le système de communication interne permet la coordination des acteurs de la prise en charge en temps voulu	L'identification, l'organisation et l'adaptation des moyens de communication interne favorisent la coordination en temps voulu des acteurs de la prise en charge du patient.	A
21 d	Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables	De nombreux tableaux de bord, comprenant des indicateurs de suivi d'activité sont élaborés et diffusés à intervalles réguliers aux responsables de secteur d'activité et aux instances représentatives. Les procédures spécifiant les modalités d'échange des données nécessaires au pilotage des activités sont peu développées.	B
21 e	Le contrôle qualité des données est en place	Un contrôle de la qualité des données est effectué régulièrement dans les différents champs du système d'information. L'analyse et l'exploitation de ces contrôles sont également effectuées.	A

Réf. 22	Une identification fiable et unique est assurée		Cotations
22 a	Une politique d'identification du patient est définie	À partir d'un état des lieux, l'établissement a défini une politique d'identification du patient et les responsables chargés de sa mise en œuvre.	A
22 b	Des procédures de contrôle de l'identification du patient sont mises en œuvre	Il existe des procédures de contrôle de l'identification du patient tout au long de sa prise en charge. Elles sont diffusées, mises en œuvre et évaluées.	A
22 c	Lorsque l'établissement échange des données personnelles de santé avec une autre structure sanitaire, il veille à mettre en concordance les identités que les deux structures utilisent (rapprochement)	Il existe des modalités de mise en concordance des identités lors des échanges de données entre l'établissement et d'autres structures sanitaires. Leur mise en œuvre fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation.	A

Réf. 23	La sécurité du système d'information est assurée		Cotations
23 a	Une politique de sécurité est mise en œuvre pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information	Le schéma directeur du système d'information en cours d'élaboration va formaliser la politique de sécurité mise en œuvre au travers de nombreuses actions coordonnées en matière de sécurité du système informatique de l'institution : la désignation d'un responsable de la sécurité du service informatique, le changement régulier des codes d'accès des utilisateurs du logiciel de gestion du dossier unique du patient, l'installation d'un onduleur, la programmation de l'achat de groupes électrogènes, le contrôle mensuel par sondage de l'accès au dossier patient.	B
23 b	La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie	En 2002, un diagnostic initial du réseau informatique a été réalisé par une société extérieure, facilitant son développement ultérieur. Un audit sur l'analyse du cœur du réseau a été conduit en juin 2003. En décembre 2004 un audit ciblé a été effectué sur le réseau local et les temps de réponse. Un audit sécurité du système d'information est programmé pour 2006.	B
23 c	Les traitements de données à caractère personnel font l'objet des démarches et des formalités prévues par la législation Informatique et libertés	Les démarches et formalités prévues concernant les déclarations à la CNIL et l'information du patient sont réalisées.	A

Réf. 24	Le dossier du patient obéit à des règles de gestion définies pour l'ensemble des secteurs d'activité		Cotations
24 a	Les règles de tenue du dossier de patient sont connues des différents intervenants	<p>Le dossier patient est informatisé dans toutes les unités de soins hospitalières et ambulatoires.</p> <p>Il existe un guide du dossier patient informatisé dans chaque unité de soins. Ce guide constitue actuellement le mode d'emploi pour les professionnels. Un guide relatif à la responsabilité des intervenants par catégorie professionnelle a été élaboré et doit être validé très prochainement.</p> <p>Des audits de tenue du dossier patient ont été réalisés dans chaque unité en 2004 et 2005.</p>	B
24 b	Les règles de communication du dossier du patient sont connues des professionnels concernés	<p>Des règles précisant les modalités de communication du dossier patient sont élaborées.</p> <p>Elles sont connues des professionnels concernés et l'établissement s'assure de leur utilisation.</p>	A
24 c	Les règles de conservation du dossier du patient sont connues des professionnels concernés	<p>Il existe une procédure relative à l'archivage du dossier patient, elle a été réactualisée en 2004.</p> <p>Le système d'archivage a été informatisé et les archives supérieures à 2 ans aménagées dans des locaux sécurisés.</p> <p>Les archives des dossiers inférieurs à 2 ans sont conservées dans les secrétariats dans des lieux ne garantissant pas toute la sécurité incendie et leur sécurité : dans un CMP visité, les dossiers vivants et à archiver sont dans un local dont la porte était ouverte sur un couloir.</p>	B
24 d	Les professionnels connaissent leurs responsabilités dans la préservation de la confidentialité des données personnelles	<p>Le dossier patient informatique unique est accessible à tous les intervenants par l'intermédiaire d'un code personnel modifié automatiquement tous les 3 mois soignants.</p> <p>Seuls les professionnels ayant en charge une part active dans la prise en charge du patient sont habilités à accéder au dossier sur un plan déontologique.</p> <p>Un contrôle du respect de ces bonnes pratiques est effectué mensuellement par le médecin du DIM.</p>	A

Réf. 24	Le dossier du patient obéit à des règles de gestion définies pour l'ensemble des secteurs d'activité		Cotations
24 e	L'accès aux dossiers est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées	L'organisation mise en place par les responsables assure l'accès au dossier pour le patient et les personnes habilitées. Elle est connue des professionnels et des patients.	A

CHAPITRE III
PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Réf. 25	Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
25 a	Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement	En psychiatrie et en SSR : les responsables de chaque secteur d'activité élaborent un projet. Ces projets s'inscrivent dans les orientations stratégiques de l'institution.		A	A		
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation	En psychiatrie : la grande majorité des responsables des secteurs d'activité s'impliquent dans l'organisation de leur secteur et assurent une réalisation efficiente de leurs objectifs. Les rapports d'activité des services de l'année écoulée servent de support à l'élaboration du budget de l'année suivante. En SSR : l'implication du responsable permet d'assurer une organisation compétente et efficiente de son secteur d'activité.		B	A		
25 c	Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine	En psychiatrie et en SSR : tous les responsables des secteurs d'activité définissent les champs de complémentarité et les partenariats potentiels. L'organisation mise en place est formalisée et les modes de fonctionnement permettent d'en assurer le suivi.		A	A		
25 d	Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leurs attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur	En psychiatrie : la récente finalisation des définitions de fonction des responsables médicaux va permettre de renforcer la responsabilisation des différents professionnels dans leurs secteurs d'activité et dans leurs projets de service. En SSR : la récente finalisation de la définition de fonction du responsable médical va permettre de renforcer la responsabilisation des différents professionnels dans ce secteur d'activité et dans le projet de service.		B	B		
25 e	Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication	En psychiatrie : l'organisation des services favorise les échanges entre les responsables de service et leurs équipes. Dans la plupart des cas, les responsables s'impliquent dans le développement de la motivation de leur équipe. Les instances de concertation en place et les entretiens annuels d'évaluation avec objectifs individualisés		B	A		

		Cotations				
		contractualisés favorisent l'implication des personnels. En SSR : le responsable du service s'implique dans le développement de la motivation de son équipe. Des moyens sont mis en œuvre pour favoriser la motivation individuelle et collective.				
25 f	Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués	En psychiatrie : les budgets prévisionnels, les tableaux de bord, indicateurs et rapports transmis par la direction sont des outils au service des responsables d'activité. Le rôle des médecins et des surveillants dans le management et le fonctionnement de leurs services est à préciser pour permettre l'utilisation optimale des ressources allouées. En SSR : le responsable s'implique dans l'efficacité de son secteur d'activité et dispose d'outils et de moyens lui permettant de s'assurer de la bonne utilisation des ressources allouées.		B	A	
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration	En psychiatrie : la démarche qualité n'est pas systématiquement formalisée en tant qu'objectif de service dans les différents services de psychiatrie. La plupart des responsables d'activité sont formés aux principes et outils de la démarche qualité. Le renforcement de l'implication des responsables dans l'évaluation et l'amélioration des performances de leur secteur d'activité est une des actions retenues par la direction à la suite de l'audit externe réalisé en 2004. En SSR, le responsable du secteur d'activité est salarié à temps partiel dans l'institution et participe à la démarche d'évaluation et d'amélioration de son secteur d'activité.		B	B	

Réf. 26	Les droits et la dignité du patient (résident – USLD) sont respectés		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
26 a	La confidentialité des informations relatives au patient (résident – USLD) est garantie	<p>En psychiatrie, les actions d'information et de sensibilisation au secret professionnel ainsi que les pratiques professionnelles permettent d'assurer dans la grande majorité des cas le respect de confidentialité des données à caractère médical ou social.</p> <p>Dans un CMP visité, le secrétariat est ouvert sur un couloir et les appels pourraient être entendus dans la salle d'attente. L'amélioration de l'insonorisation sur les structures ambulatoires est en cours.</p> <p>En SSR, les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social et leur accès par les seules personnes autorisées.</p>		B	A		
26 b	Le respect de la dignité et de l'intimité du patient (résident – USLD) est préservé tout au long de sa prise en charge	<p>En psychiatrie, la liberté de circulation du patient est préservée dans la majorité des cas.</p> <p>La liberté de circulation de tous les patients en HL est en cours de réflexion pour l'élaboration du prochain PE du fait du manque de lits actuels, les patients en HL peuvent être hospitalisés en unité fermée, certains patients sont orientés dans les lits libres de n'importe quelle unité avant d'obtenir un lit dans leur unité référente.</p> <p>La rénovation de certains locaux ainsi que la réflexion pour pallier le manque de lits actuels pour mieux prendre en compte le respect de la dignité du patient est en cours de réflexion.</p> <p>En SSR, les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la dignité et de l'intimité des patients.</p>		C	A		

			Cotations				
26 c	La prévention de la maltraitance du patient (résidant – <i>USLD</i>) au sein de l'établissement est organisée	Plusieurs professionnels ont bénéficié de formations sur la maltraitance. Des conduites à tenir sont élaborées dans certains secteurs. L'établissement prévoit d'harmoniser les modes internes et externes de signalements de maltraitance et une procédure de prévention de la maltraitance.		B	B		
26 d	La volonté du patient (résidant – <i>USLD</i>) est respectée	En psychiatrie, la recherche du consentement du patient est recherchée, une fiche de consentement aux soins est élaborée dans le dossier informatique, la généralisation de son remplissage est en cours. Les pratiques religieuses sont respectées. En SSR, la volonté du patient est respectée pour ce qui concerne l'acceptation des soins, les pratiques religieuses et culturelles dans les limites du possible et de la déontologie médicale.		B	A		
26 e	La formation des professionnels à l'écoute et au respect des droits du patient est organisée	Des formations et des actions de sensibilisation sur le thème du respect des droits et de la dignité du patient ont été organisées. La démarche d'évaluation n'est pas engagée.		B	B		

Réf. 27	L'accueil du patient (résident – USLD) et de son entourage est organisé		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
27 a	Les besoins et les attentes du patient (résident – USLD) sont identifiés, y compris les besoins sociaux	<p>En psychiatrie, les informations médicales, sociales, familiales antérieures sont recherchées dès l'admission, une assistante sociale est disponible dans chaque service.</p> <p>Une procédure relative à l'accueil des patients hospitalisés a été élaborée récemment.</p> <p>Le manque de lits peut gêner l'admission des patients dans le service adéquat.</p> <p>En SSR, les informations concernant les besoins et les attentes du patient sont recherchées, rassemblées au moment d'accueil et sont disponibles.</p>		B	A		
27 b	Le patient (résident – USLD) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour	<p>Les conditions de l'accueil, la sensibilisation du personnel et les supports d'information font que les patients reçoivent une information claire et adaptée sur les conditions de son séjour.</p>		A	A		
27 c	L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient (résident – USLD) et/ou de son entourage	<p>En psychiatrie, la plupart des locaux sont accessibles aux patients handicapés.</p> <p>Un plan d'aménagements de locaux en matière d'accessibilité est prévu.</p> <p>En SSR, l'établissement s'organise pour rendre le secteur d'activité concernant le patient accessible aux handicapés.</p>		B	A		
27 d	La permanence de l'accueil est organisée	<p>En psychiatrie, une permanence de l'hospitalisation existe 24 heures/24 et l'établissement organise sans délai la prise en charge de toute personne se présentant pour une urgence.</p> <p>Dans l'extrahospitalier, l'équipement de l'ensemble des CMP en répondeurs téléphoniques n'est pas encore terminé.</p> <p>En SSR, les règles gérant l'accueil sont définies et assurent une réponse permanente et adaptée à la prise en charge des patients.</p>		B	A		

			Cotations				
27 e	Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés	Pour le secteur psychiatrique, seulement concerné, l'établissement s'est organisé pour accueillir les détenus dans des conditions respectant la sécurité, la dignité et la discrétion.		A	NA		

Réf. 28	La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
28 a	L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet	En psychiatrie, l'accueil des patients se présentant en urgence au service d'accueil et d'urgence spécialisées (SAUS) est organisé par un personnel dédié, formé et identifié. Le secteur SSR n'est pas concerné.		A	NA		
28 b	Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert sont organisés dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité	En psychiatrie, l'organisation en place permet aux professionnels de santé la mise en œuvre de la décision de prise en charge, la réorientation ou le transfert des patients dans des délais compatibles avec leur état de santé. Le secteur SSR n'est pas concerné.		A	NA		
28 c	Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins	L'organisation du recours aux spécialistes assure leur intervention dans des délais compatibles avec la sécurité des patients et quelque soit le secteur concerné.		A	A		
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement	En psychiatrie, la gestion de la disponibilité des lits est assurée par le service d'accueil et d'urgence à l'aide de tableaux de bord par unité, réactualisés deux fois par jour. Le manque de lits actuellement pose des problèmes pour admettre le patient dans son service de référence. Une réflexion est menée dans l'élaboration du prochain projet d'établissement pour pallier ce problème. En SSR, une organisation adaptée de la gestion des lits d'hospitalisation permet d'évaluer et d'analyser régulièrement la disponibilité des lits afin de réduire les délais d'attente d'hospitalisation.		C	A		

Réf. 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résident – USLD) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – USLD)		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
29 a	Le patient (résident – USLD) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique	En psychiatrie, un projet thérapeutique personnalisé est élaboré avec la participation du patient et le cas échéant de sa famille. Le point de vue du patient et de son entourage n'est pas systématiquement tracé dans son dossier. En SSR, une organisation impliquant le patient et son entourage, le cas échéant, dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique est mis en œuvre.		B	A		
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24	Une organisation assure l'accès 24 heures/24 à l'ensemble des données antérieures.		A	A		
29 c	Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résident – USLD) et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité	Les besoins des patients sont identifiés. Ils sont pris en compte de façon coordonnée par les professionnels des différents secteurs d'activité.		A	A		
29 d	La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résident – USLD)	Le médecin informe le patient des bénéfices escomptés et des risques encourus de manière adaptée à son niveau de compréhension, cette discussion n'est pas systématiquement tracée dans le dossier patient. Une fiche de consentement et de bénéfice-risque a été mise en place et testée dans un service. Une généralisation du renseignement de ces fiches est prévue.		B	B		
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résident – USLD), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à	Il existe de façon systématique une prescription médicale concernant la contention, la mise en chambre d'isolement, la restriction des autres libertés, ces prescriptions sont tracées au dossier et réévalué tous les jours. Pour les patients en HL toute restriction d'aller et venir n'est		B	NA		

		Cotations				
	périodicité définie, et d'une information au patient (résident – <i>USLD</i>) et à son entourage	mise en œuvre qu'après information et contractualisation avec le patient. Quelques patients en HL sont admis en unité fermée, une réflexion est menée par l'établissement dans son prochain PE pour éviter cette situation due en particulier à un manque de lits.				
29 f	Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient (résident – <i>USLD</i>)	En psychiatrie, la grande majorité des professionnels de l'équipe trace leurs observations dans le dossier informatisé du patient et se coordonne pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique. En SSR, l'ensemble des professionnels tracent leurs observations dans le dossier du patient et se coordonnent pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique.		B	A	

Réf. 30	Des situations nécessitant une prise en charge adaptée sont identifiées		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
30 a	L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte	<p>En psychiatrie, l'état nutritionnel est évalué chaque fois que l'état de santé le nécessite.</p> <p>À la demande des services, une diététicienne peut intervenir dans la prise en charge des patients.</p> <p>Une réflexion sur une évaluation initiale systématique est en cours ainsi que l'élaboration d'une stratégie de réponses spécifiques sous l'égide du CLAN.</p> <p>En SSR, les patients concernés sont identifiés et font systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique et un plan de prise en charge ou de prévention est défini le cas échéant.</p>		B	A		
	<i>USLD</i> – L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et de leurs habitudes alimentaires						
30 b	Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée	<p>Les patients hospitalisés font l'objet d'une évaluation des conduites addictives et une prise en charge adéquate le cas échéant est mise en œuvre.</p> <p>Une collaboration formalisée est en cours de réflexion sur le plan de la prise en charge alcool et tabac avec la clinique d'alcoologie dans le cadre du futur projet d'établissement.</p> <p>Les formations des professionnels en tabacologie et la prévention du tabagisme sont en cours de développement.</p>		B	B		
30 c	La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque	La maladie thromboembolique dans les situations à risque est recherchée, une procédure vient d'être élaborée et sera intégrée dans la pratique de soins.		B	B		

			Cotations				
30 d	Les chutes des patients font l'objet d'une prévention	Il existe une prévention primaire et secondaire des chutes en particulier dans le service de psychogériatrie, les chutes sont consignées au dossier. Une fiche de recensement des chutes n'est pas systématiquement mise en place pour permettre des évaluations de pratiques.		B	B		
30 e	Le risque suicidaire est pris en compte	Le risque suicidaire est pris en compte mais pas sur l'intégralité des sites. Un groupe de travail dans le cadre de l'EPP a pratiqué un audit clinique sur ce thème, des objectifs d'amélioration sont en cours. Des actions d'amélioration, un module psychoéducatif sur le risque suicidaire sont proposés en direction des patients ainsi que de la famille et des proches.		B	B		
30 f	Les escarres font l'objet d'une prévention	Il existe une procédure récemment réactualisée sur la prévention des escarres, l'utilisation d'échelle validée va être intégrée dans le dispositif pour améliorer la traçabilité de la mise en place de la prévention. Les patients en SSR sont tous valides et de ce fait, ce critère est non applicable.		B	NA		
30 g	USLD – Un projet de vie est individualisé pour chaque résident en prenant en compte ses souhaits						

Réf. 31	Le patient (résidant – USLD) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31 a	Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge	La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.		A	A		
	USLD – Le résidant et/ou les personnes habilitées reçoivent une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de son séjour						
31 b	Les professionnels délivrent une information adaptée à la compréhension du patient (résidant – USLD)	Les informations données au patient sont adaptées à sa compréhension et aux particularités de son état de santé et de sa prise en charge.		A	A		
31 c	Le patient (résidant – USLD) désigne les personnes qu'il souhaite voir informer	En psychiatrie, une procédure d'accueil relative à l'accueil des patients hospitalisés a été finalisée récemment prévoyant le recueil de l'identité de la personne à prévenir et de la personne de confiance à l'aide de fiches spécifiques. Ces fiches ne sont pas encore remplies systématiquement en pratique courante. En SSR, dès l'entrée, les coordonnées des personnes que le patient souhaite voir informer sont recueillies et tracées dans le dossier.		B	A		
31 d	Le consentement éclairé du patient (résidant – USLD) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant	En hospitalisation psychiatrique, une fiche spécifique de consentement peut être remplie par le patient, cette fiche n'est pas encore renseignée systématiquement en pratique courante. En ambulatoire, l'information est consignée dans l'observation médicale dans un certain nombre de cas. En SSR, avant toute demande de consentement, le patient ou		B	A		

			Cotations				
		son représentant légal est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leurs risques et leurs bénéfices. Le consentement du patient ou de son représentant légal est systématiquement recueilli et tracé dans le dossier.					
31 e	Un consentement éclairé (résidant – <i>USLD</i>) du patient est formalisé dans les situations particulières	Avant toute demande de consentement, le patient est informé dans les situations particulières (ECT en psychiatrie) sur le bénéfice-risque, le recueil en fait systématiquement au dossier. Le recueil écrit systématique du consentement éclairé est réalisé dans certaines situations connues des professionnels.		A	A		
31 f	Le patient (résidant – <i>USLD</i>) est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge	En cas d'évènements indésirables, le patient en est informé dans la majorité des cas et cette information se retrouve au dossier pendant l'hospitalisation et au cours de son suivi extra-hospitalier.		B	B		

Réf. 32	La douleur est évaluée et prise en charge		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
32 a	Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique	Une organisation de la prévention et de la prise en charge systématique de la douleur connue des professionnels est mise en œuvre et tient compte des recommandations de bonnes pratiques.		A	A		
32 b	Le patient (résidant – USLD) est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement	En psychiatrie, l'information du patient et son implication ou celui de son entourage sont recherchés dans la prise en charge de sa douleur. Des outils de mesure de la douleur (échelle visuelle analogique et Doloplus 2) sont mis à disposition des patients. La mesure de la satisfaction des usagers est réalisée au travers du questionnaire de sortie ; celui-ci intègre la prise en charge de la douleur. En SSR, le patient et/ou son entourage est impliqué dans la prise en charge de sa douleur. L'évaluation périodique de sa satisfaction permet de faire évoluer la lutte contre la douleur.		B	A		
32 c	Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur	Une formation à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur adaptée aux types de prise en charge est mise en œuvre. Son efficacité est régulièrement évaluée.		A	A		
32 d	La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence	La coordination entre la pharmacie et les secteurs d'activité et les règles internes aux secteurs d'activité permettent un approvisionnement et une dispensation en permanence des traitements antalgiques.		A	A		

Réf. 33	La continuité des soins est assurée		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
33 a	Des règles de responsabilité, de présence, et de concertation sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins	La continuité des soins dans les secteurs d'activité et entre secteurs d'activité est assurée grâce à une organisation concertée fixant les responsabilités et planifiant la présence de professionnels.		A	A		
33 b	La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée	L'organisation des transmissions d'information entre les équipes médicales et paramédicales permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre elles.		A	A		
33 c	La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée	La prise en charge des urgences vitales est assurée dans chacun des secteurs d'activité de l'établissement grâce à un personnel formé et à une maintenance contrôlée du matériel d'urgence. Le dispositif en place est évalué.		A	A		

Réf. 34	La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient (résidant – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
34 a	L'information contenue dans le dossier du patient (résidant – USLD) est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie	Les éléments diagnostiques et thérapeutiques sont tracés dans le dossier du patient et notamment toutes les informations retraçant son état de santé. Le dossier est complété après la sortie du patient, le cas échéant.		A	A		
34 b	L'information contenue dans le dossier du patient (résidant – USLD) est accessible aux professionnels en charge du patient (résidant – USLD), en temps utile	En particulier grâce à l'informatisation du dossier patient en intra et en extrahospitalier, l'organisation de la tenue et de son accessibilité facilite la consultation des informations qu'il contient en temps réel lorsque les professionnels de santé en ont besoin.		A	A		
34 c	Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée	Les prescriptions sont horodatées, signées informatiquement pour tous les actes.		A	A		
34 d	L'information sur son état de santé et son traitement, donnée au patient (résidant – USLD) et/ou à son entourage, est enregistrée dans le dossier du patient (résidant – USLD)	Une fiche information existe dans le dossier patient mais n'est pas remplie systématiquement par les secteurs cliniques de psychiatrie. En SSR, toute information donnée au patient et/ou à son entourage est tracée dans le dossier.		B	A		

Réf. 35	Le fonctionnement des secteurs médicotechniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité (avec les USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
35 a	La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du patient (résidant – USLD) et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande	En psychiatrie et en SSR, chaque examen complémentaire s'appuie sur une évaluation de l'état du patient, et les demandes d'examens précisant les objectifs et les renseignements cliniques pertinents.		A	A		
35 b	Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies	Les règles de coordination entre secteurs d'activité et médicotechniques relatives à la réalisation des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.		A	A		
35 c	Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité clinique en termes de qualité et de délais de transmission	Les règles de coordination entre secteurs d'activité et médicotechniques relatives à la communication des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.		A	A		

Réf. 36	Les circuits du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont organisés en concertation entre les professionnels de la pharmacie et ceux des autres secteurs (des USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
36 a	Les conditions de prescription, de validation, de dispensation et d'administration des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont maîtrisées afin de réduire le risque iatrogène évitable	Le circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles est organisé, par étape, interfaces incluses. La prise en compte du risque iatrogène reste à développer ; cette dimension est précisée dans le rapport d'inspection de la pharmacie en date d'août 2005.		B	B		
36 b	L'utilisation des médicaments suit les recommandations de bonne pratique en termes de pertinence de l'indication, de respect des contre-indications, et de connaissance des interactions et effets secondaires	L'informatisation de la prescription médicamenteuse précise les interactions médicamenteuses et les dépassements de posologie grâce à un système d'alerte. Des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles quant à l'utilisation des médicaments sont initiées par la communauté médicale et restent à poursuivre.		B	B		
36 c	L'administration du médicament au patient (résident – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité	La conformité de l'administration du médicament à la prescription est assurée par les professionnels habilités. Sa traçabilité est réalisée.		A	A		
36 d	Les informations sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont à la disposition des utilisateurs	Les responsables de la pharmacie délivrent aux professionnels des informations validées et actualisées sur les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux et mettent à disposition des patients des informations adaptées à leur état de santé. Le service pharmacie a le projet d'étendre la mise à disposition des informations à destination des patients par la mise en place d'ateliers du médicament.		A	A		
36 e	Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment	Il existe une organisation concertée et connue de tous les professionnels pour satisfaire à tout moment les demandes urgentes de médicaments.		A	A		

		Cotation				
	<i>USLD</i> – Les demandes urgentes de médicaments, formulées par les USLD, peuvent être satisfaites à tout moment					

Réf. 37	Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle fait l'objet d'une organisation formalisée, élaborée par les professionnels concernés, validée par les instances de l'établissement et connue de tous		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
37 a	Les activités interventionnelles, traditionnelles et ambulatoires, sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité clinique et en intégrant la prise en charge des éventuelles activités d'urgence	L'organisation et la planification des activités interventionnelles, définies en concertation avec les professionnels concernés, prennent en compte les contraintes internes de l'établissement et celles liées aux situations de prise en charge du patient. La définition et le suivi d'indicateurs permettent de faire progresser cette organisation.		A	NA		
37 b	Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré-, per- et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations	En psychiatrie, les informations pertinentes sont identifiées et leur transmission est assurée en pré-, en per- et en postinterventionnel auprès des professionnels concernés, du patient et de son entourage.		A	NA		
37 c	Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives	Les événements indésirables graves en secteur interventionnel psychiatrique sont identifiés. Un dispositif de signalement connu des professionnels est en place. Leur analyse conduit à des actions correctives et préventives.		A	NA		
37 d	Les compétences professionnelles au sein des secteurs d'activité interventionnelle sont régulièrement évaluées	Les qualifications requises pour l'exercice dans le secteur interventionnel sont identifiées. Les compétences sont régulièrement évaluées au regard de l'activité interventionnelle réalisée. Il existe un plan de formation permettant son maintien.		A	NA		

Réf. 38	Le don d'organe ou de tissus à visée thérapeutique est organisé		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
38 a	La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus est définie			NA	NA		
38 b	Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public	Le public est informé sur les dons d'organe ou de tissus par l'intermédiaire de la charte du patient.		B	B		
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus	À ce jour une sensibilisation du personnel au don d'organe et de tissus n'a pas été proposée à l'ensemble du personnel. Un projet en ce sens va voir le jour par l'organisation d'une conférence sur ce thème. L'établissement devra sensibiliser l'ensemble de son personnel au don d'organes ou de tissus.		C	C		
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques			NA	NA		

Réf. 39	Les activités de rééducation et/ou de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, en lien avec ceux des secteurs d'activité clinique (au sein des USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
39 a	Le patient (résidant – USLD) et son entourage sont partie prenante des activités de rééducation et/ou de soutien	Tous les moyens sont mis en œuvre pour que l'implication du patient et de son entourage dans ses activités de rééducation et de soutien soit obtenue.		A	A		
39 b	La prise en charge du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et de rééducation et de soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives	L'information réciproque et la coordination des professionnels sont organisées en vue d'une collaboration effective de la prise en charge et tracée au dossier.		A	A		
	USLD – La prise en charge pluriprofessionnelle du résidant associe les professionnels des USLD et ceux de la rééducation et du soutien psychologique						
39 c	La prise en charge du patient (résidant – USLD) est évaluée régulièrement par l'équipe pluriprofessionnelle et rajustée si besoin	L'évaluation régulière des résultats des activités de rééducation et de soutien conduit l'équipe pluridisciplinaire à rajuster la prise en charge si besoin.		A	A		

Réf. 40	L'éducation du patient (résident – USLD) sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique susceptibles de le concerner est assurée		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
40 a	Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient (résident – USLD)	Quel que soit le secteur, une organisation permet de faire bénéficier le patient d'une éducation adaptée à son état de santé. Cette éducation vise l'appropriation des pratiques et l'acquisition des compétences utiles pour améliorer son autonomie dans la gestion de sa maladie et de son traitement.		A	A		
40 b	L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant	En psychiatrie et en SSR, une organisation permet d'associer, de façon adaptée, l'entourage aux actions d'éducation thérapeutique du patient.		A	A		
	USLD – L'entourage et/ou sa famille sont associés aussi souvent que possible à ces actions d'éducation thérapeutique						
40 c	Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient (résident – USLD) selon le cas	<p>Le personnel peut bénéficier de formations lui permettant de répondre à sa mission d'éducation du patient.</p> <p>L'existence d'un comité d'éducation à la santé au sein de l'établissement a permis d'associer les patients à plusieurs de ses actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conférence – débat « tabac et psychiatrie » (24-02-04) ; - conférence sur l'hépatite (février 2005) ; - conférence sur le sida (octobre 2005)... <p>Certains services de l'établissement mettent en œuvre des ateliers et groupes de paroles autour de problématiques de santé publique (tabac, alcool, comportements alimentaires, hygiène, conduites sexuelles...).</p> <p>L'établissement souhaite développer et généraliser le recours aux ateliers et groupes de paroles.</p> <p>SSR : une organisation permet de proposer au patient des activités d'éducation pour la santé.</p>		B	A		

Réf. 41	La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient (résidant – USLD) et son entourage ainsi qu’avec les professionnels intervenant en aval		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
41 a	Le patient, l’entourage et le médecin traitant sont associés à la planification de la sortie	La sortie est planifiée le plus tôt possible avec le patient, son entourage et le médecin traitant en tenant compte de ses besoins.		A	A		
	USLD – Le résidant, l’entourage et le médecin traitant qu’il désigne, le cas échéant, sont associés à la planification de la sortie						
41 b	Le patient est adressé aux professionnels et aux structures appropriées	La connaissance des ressources disponibles dans le territoire de santé permet d’adresser le patient aux professionnels et structures appropriés.		A	A		
	USLD – Le résidant est adressé aux professionnels et aux structures appropriées en fonction de ses besoins de santé et de ses choix						
41 c	Les professionnels assurant l’aval sont informés et associés à la planification de la sortie du patient (résidant – USLD) dans des délais compatibles avec la continuité de la prise en charge	Les secteurs d’activité informent et associent en temps utile les professionnels d’aval afin de permettre la continuité de la prise en charge.		A	A		
41 d	La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert entre établissements	Les conditions du transfert du patient entre établissements sont adaptées à sa situation. Les professionnels organisent les retours d’information nécessaires pour s’assurer de la continuité de sa prise en charge.		A	A		

Réf. 42	Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant et l'entourage (USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
42 a	La volonté du patient (résidant – USLD) est prise en compte	La volonté du patient est recueillie et prise en compte en psychiatrie. Ce critère est non applicable en SSR.		A	NA		
42 b	La prise en charge des besoins spécifiques du patient (résidant – USLD) en fin de vie et de son entourage est assurée	Les besoins du patient en fin de vie sont identifiés et pris en charge en psychiatrie. Ce critère est non applicable en SSR.		A	NA		
42 c	La formation des professionnels est organisée	La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est assurée en psychiatrie. Ce critère est non applicable en SSR.		A	NA		
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte	Les besoins d'accompagnement psychologiques des professionnels prodiguant des soins palliatifs sont identifiés ; leur prise en compte se traduit par des modalités institutionnelles d'accompagnement psychologique des professionnels concernés. Ce critère est non applicable en SSR.		A	NA		

Réf. 43	Le décès du patient (résident – USLD) fait l’objet d’un accompagnement		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
43 a	Les personnes à prévenir sont contactées en cas d’état critique du patient (résident – USLD) et/ou en cas de décès	Le recueil des coordonnées des personnes à prévenir est systématique et une organisation permet de prévenir ces personnes en cas d’état critique et/ou de décès du patient		A	A		
43 b	Les volontés et les convictions du défunt sont respectées	Le recueil des volontés et convictions du patient en cas de décès est tracé dans le dossier. Celles-ci sont respectées en cas de décès.		A	A		
43 c	Un accompagnement psychologique de l’entourage est assuré	Lors du décès du patient, les besoins d’accompagnement psychologique de l’entourage sont identifiés et pris en compte		A	A		
43 d	Les besoins d’accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte	Les besoins d’aide psychologique des professionnels confrontés au décès sont identifiés. L’accompagnement psychologique de ces professionnels est réalisé. Au sein de l’établissement, les besoins psychologiques sont pris en compte collectivement et/ou individuellement (réunion clinique, analyse de pratique, formation, prise en charge individuelle).		A	A		

CHAPITRE IV
ÉVALUATIONS ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 a	La pertinence des hospitalisations est évaluée	<p>L'établissement a choisi d'évaluer la pertinence des hospitalisations de longue durée en psychiatrie.</p> <p>L'objectif a été d'analyser l'inadéquation de certaines hospitalisations afin de proposer d'autres modalités d'offres de soins dans le cadre du projet d'établissement et du contrat d'objectif et de moyen.</p> <p>Une étude a été menée en 2000 par le recensement des séjours de plus de 3 mois et de plus de 5 ans de patients hospitalisés.</p> <p>Un questionnaire de recueil de certaines données ainsi que la passation de deux échelles de dépendances aux patients recensés ont été utilisés.</p> <p>Les avis de médecins de la caisse de sécurité sociale et de la COTOREP ont été recueillis. Les résultats ont été analysés.</p> <p>Les actions d'amélioration ont permis la création d'unités spécifiques de prise en charge.</p> <p>Un soutien institutionnel ainsi qu'une forte implication des acteurs ont été nécessaires pour la réalisation de l'étude ainsi que la mise en œuvre des actions d'amélioration.</p> <p>En mai dernier, une coupe transversale un jour donné a été réalisée dans tous les services d'hospitalisation afin d'évaluer l'adéquation des hospitalisations des patients et de recenser le nombre et les causes des inadéquations.</p> <p>L'objectif est de pouvoir réguler l'embolisation des lits, améliorer la précocité de la détection des facteurs environnementaux du patient, améliorer le relais de prise en charge du patient à sa sortie par les structures extrahospitalières, recentrer l'action de l'extrahospitalier sur les soins directs.</p> <p>Les résultats ont été analysés.</p> <p>Des propositions sont en cours en lien avec le groupe de travail sur l'élaboration du prochain projet d'établissement.</p>	B

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée	<p>Les professionnels de l'établissement ont choisi d'étudier la pertinence de l'indication de mise en chambre d'isolement (MIC).</p> <p>Un audit réalisé en septembre 2003 sur l'évaluation du protocole de MIC avait mis en exergue quelques points de non-conformité.</p> <p>Cet audit avait permis de réactualiser la procédure de MIC en février 2004.</p> <p>Les renseignements fournis par la fiche de MIC et les données du dossier patient ont été corrélés.</p> <p>Il a été pris en compte les données de l'audit clinique appliqué à l'utilisation de la chambre d'isolement (ANAES 1998) et la conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicosociaux et les obligations de soins et de sécurité (ANAES 2004).</p> <p>Les résultats des motifs médicaux de MIC, des diagnostics relevés, des dysfonctionnements ont été analysés.</p> <p>Des actions correctives immédiates ont été réalisées et d'autres actions déterminées ; celles-ci seront validées au cours de la prochaine CME.</p> <p>Le suivi de cette étude sera de proposer un audit annuel pour suivre les actions d'amélioration proposées et les dysfonctionnements éventuels.</p>	B
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuse est évaluée	<p>L'établissement a choisi d'étudier la pertinence de la prescription de Clozapine en cas de schizophrénie rebelle résistante à 6 mois de traitement par neuroleptiques.</p> <p>La méthode choisie a été celle d'un questionnaire de pratique permettant de se comparer aux autres établissements de même taille.</p> <p>Le questionnaire a été réalisé, adressé à l'ensemble des psychiatres prescripteurs intra et/ou extrahospitalier de l'établissement en juin 2005.</p> <p>Des questions permettent aux prescripteurs de se positionner de manière subjective et objective sur les effets de ce traitement et l'analyse bénéfice-risque.</p> <p>Un taux satisfaisant de réponses a permis d'analyser le positionnement des prescripteurs sur l'efficacité du produit et les éventuels freins à son utilisation.</p> <p>Ce projet a bénéficié d'un soutien institutionnel et d'une implication de la communauté médicale de l'établissement.</p> <p>Les actions d'amélioration ont été dégagées concernant en particulier une analyse bénéfice-risque.</p>	C

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
		<p>Le comité du médicament est mandaté pour la réalisation de ces actions.</p> <p>Le suivi de cette étude sera de pratiquer une analyse du nombre de patients rebelles au traitement neuroleptique, le recours au traitement par la Clozapine, le bénéfice attendu pour les patients.</p> <p>L'établissement devra mettre en œuvre les actions d'amélioration identifiées et assurer leur évaluation.</p>	
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée	<p>L'établissement a choisi d'étudier la prescription d'examens biologiques préalablement et postérieurement à la prescription de thymorégulateurs.</p> <p>Les objectifs sont de vérifier la conformité de cette pratique avec les recommandations professionnelles de bonne pratique concernant la prescription des examens biologiques dans la prescription des thymorégulateurs.</p> <p>Les troubles de l'humeur pour lesquels ces traitements sont prescrits représentant une des principales pathologies traitées dans l'établissement.</p> <p>La méthodologie utilisée a été une enquête de pratique.</p> <p>Un questionnaire a été établi après une étude des recommandations professionnelles sur les divers examens à pratiquer en pré- et posttraitement selon les produits utilisés.</p> <p>Ce questionnaire a été adressé aux psychiatres et généralistes intervenant dans les 3 unités ouvertes de l'établissement. Les résultats ont été analysés.</p> <p>Cette étude a reçu un soutien institutionnel et a montré l'implication des médecins concernés.</p> <p>Les actions d'amélioration ont été proposées et restent à faire valider par la CME.</p> <p>Les responsables des actions d'amélioration et de la vérification effective de leur mise en œuvre sont désignés.</p> <p>Le suivi sera de mettre en place une évaluation des pratiques effectives et de mesurer la connaissance et l'application des bonnes pratiques des praticiens de l'établissement après la mise en œuvre des recommandations.</p> <p>L'établissement devra poursuivre la mise en œuvre de ce projet d'évaluation.</p>	C

Réf. 45	Les professionnels évaluent le risque lié aux soins		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
45 a	Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité	<p>Les professionnels ont choisi d'étudier la pratique de la contention.</p> <p>Les risques liés à cette pratique sont l'atteinte à la liberté d'aller et venir, les risques physiques, la prolongation possible de la contention, l'impossibilité d'alerte.</p> <p>Le nombre de contention entre janvier et mai 2003 a été comptabilisé, des écarts de pratiques ont pu être analysés entre les différents services.</p> <p>Cette étude a un caractère transversal et peut conduire à des améliorations.</p> <p>Une étude de processus a été menée par un groupe projet dans le cadre du programme qualité, composé de médecins et de soignants.</p> <p>L'utilisation de la littérature existante (guide d'évaluation ANAES 2000, « Limiter les risques de contention de la personne âgée » article de la revue soins <i>Géronto</i> n° 26, décembre 2000) a permis d'élaborer une procédure ayant pour objet de définir les modalités de la contention de toute personne souffrant d'agitation incoercible ou de violence sévère dans des situations où on ne peut attendre une réponse pharmacologique pour maîtriser le patient.</p> <p>Les actions d'amélioration réalisées ont été de proposer une procédure « limiter les risques de la contention physique dans la pratique de soins en psychiatrie », une commande de matériel homologué, des formations à la prévention des gestes de violence (60 infirmiers).</p> <p>La procédure mise en place instaure une fiche dans le dossier informatisé visant à assurer la traçabilité de la surveillance de la personne contenue.</p> <p>L'évaluation de la fréquence du recours à la contention sera</p>		B			

			Cotation				
		réalisée par le DIM en lançant une requête sur ces fiches une fois mises en pratique courante.					
45 b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées	<p>L'établissement a choisi d'évaluer les causes inhérentes aux fugues des malades hospitalisés sous contrainte. Les critères de ce choix ont été les améliorations possibles, les enjeux concernant la sécurité et la qualité des soins, le caractère transversal du problème.</p> <p>L'analyse a porté sur toutes les fugues répertoriées en 2003 et 2004 et le repérage des dysfonctionnements.</p> <p>L'étude a été confiée à un groupe projet pluridisciplinaire.</p> <p>La méthodologie a été de mettre en place une étude de processus conduisant à l'élaboration d'une procédure et prenant en compte les contraintes administratives et juridiques. Des principes de bonnes conduites ont été définis et des travaux de sécurisation des locaux ont été menés.</p> <p>Le suivi des fugues est assuré par le comité de vigilance et de gestion des risques.</p> <p>Un des objectifs posé par le programme d'actions 2005 est la réduction du nombre de fugue (le nombre de fugue sera l'indicateur suivi).</p>		B			

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés	<p>L'établissement a choisi de mener une évaluation concernant la prise en charge du suicidant. Les enjeux ont été déterminés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la majoration du risque suicidaire chez les personnes souffrant de dépression ; - la fréquence des prises en charge des troubles de l'humeur ; - l'insuffisance d'information et de prévention auprès du patient et de sa famille comme facteur aggravant (la participation des médecins de l'établissement à une étude INSERM dans le département du Tarn en 1999 a permis de dégager ce facteur de risque) ; - la priorité nationale et régionale de santé publique ; - les améliorations possibles ; - le caractère transversal du problème au sein de l'établissement. <p>Les données de la littérature ont été prises en compte :</p>		C			
46 b	Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés						
46 c	Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte						
46 d	Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en œuvre						
46 e	Les données et les indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration						

		Cotation					
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons	<p>conférence de consensus (« la crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge », octobre 2000 ; recommandations de pratiques cliniques relatives à la prise en charge des jeunes suicidants, novembre 1998).</p> <p>La méthode choisie est celle de l'audit ciblé.</p> <p>Les grilles d'audit élaborées par l'ANAES intitulées « la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide » ont été adaptées (une grille pour le service des urgences, une grille pour 4 unités de soins ouvertes).</p> <p>La coordination du projet a été confiée au chef de service du service d'accueil et urgences spécialisées et à la directrice des usagers et de la qualité, un groupe projet pluriprofessionnel a travaillé à l'élaboration du protocole de l'étude, deux binômes d'auditeurs (médecin/soignant) ont été désignés pour mener à bien l'audit ciblé.</p> <p>Le protocole de l'audit ciblé a déterminé le nombre d'unités auditées (5 unités d'hospitalisation), les critères d'inclusion, la répartition et le nombre de dossiers étudiés, les entretiens avec le médecin et le cadre des unités participant à l'audit.</p> <p>La réalisation de l'audit a été faite en juin 2005.</p> <p>Les résultats ont été analysés, les écarts quantifiés.</p> <p>À partir des constats, des objectifs d'améliorations ont été proposés, des actions envisagées et un échéancier déterminé.</p> <p>Ce plan d'actions doit être validé par la CME d'octobre 2005 avant la mise en œuvre des actions planifiées et l'évaluation du suivi.</p> <p>L'établissement devra mettre en place les actions définies et les évaluer.</p>					

Réf. 47	Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre		Cotation
47 a	La réalisation des actions définies dans les orientations stratégiques est mesurée périodiquement dans chacun des domaines de la gestion des ressources humaines	<p>Les actions prévues dans le volet social du projet d'établissement 2001-2005 ont été réalisées : des fiches actions portant sur les axes d'amélioration de la qualité ont été établies avec des indicateurs de suivi et un échéancier.</p> <p>Des évaluations périodiques sont réalisées au niveau de la formation (bilan semestriel quantitatif et qualitatif), au niveau des entretiens annuels (suivi annuel communiqué à diverses instances), au niveau du bilan social et au niveau de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (réalisation des projets de service prévus dans le projet d'établissement avec ouverture de nouvelles structures).</p>	B
47 b	La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte	<p>Les entretiens annuels d'évaluation ont été récemment généralisés à l'ensemble du personnel : ils contribuent à mesurer la satisfaction des personnels.</p> <p>L'audit social, réalisé par un organisme extérieur à l'institution en 2004, a permis de définir des propositions d'actions.</p> <p>Des actions d'amélioration ont été validées au cours de rencontres entre la direction et le personnel à la fin de l'année 2004 et au début de 2005 : elles sont prises en compte pour certaines, à court terme (protection du travailleur isolé) ou seront incluses dans le projet social du projet d'établissement 2006-2010.</p> <p>L'institution a prévu de renouveler régulièrement ces évaluations.</p>	B

Réf. 48	Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs		Cotation
48 a	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte	Une commission « menu » et une commission « linge », toutes deux à composition pluridisciplinaire permettent d'analyser les éléments de satisfaction ou d'insatisfaction et de proposer les actions correctives nécessaires. La satisfaction des personnels est évaluée ponctuellement. Une enquête a été réalisée mi 2004 auprès des usagers du self.	B
48 b	L'analyse des prestations logistiques donne lieu à des actions d'amélioration	Il n'existe pas d'évaluation systématique de l'ensemble des prestations logistiques. Celles réalisées entraînent des actions d'améliorations dans les domaines concernés. L'établissement devra étendre l'évaluation à l'ensemble des fonctions logistiques.	C

Réf. 49	Une évaluation du système d'information est mise en œuvre		Cotation
49 a	Les dysfonctionnements du système d'information sont recensés, analysés et traités	L'identification des dysfonctionnements du système d'information avec les acteurs concernés, permet de développer une analyse et un traitement pour y remédier.	A
49 b	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte	Il existe un recueil régulier et adapté de la satisfaction des différents utilisateurs du système d'information. Cette évaluation est analysée, communiquée et permet de réajuster le système d'information.	A
49 c	La gestion du dossier du patient est évaluée	Une évaluation de la gestion du dossier patient est réalisée régulièrement dans tous les secteurs d'activité en relation avec les instances. L'analyse et l'exploitation de ces résultats permettent de faire progresser la gestion du dossier au niveau de l'institution.	A

Réf. 50	La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques est évaluée		Cotation
50 a	L'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée	L'établissement a mis en place un système comprenant la définition et le suivi d'objectifs qualité. Il suit l'atteinte des objectifs et prend les mesures correctives appropriées en cas d'écart entre la prévision et la réalisation.	A
50 b	L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée	Le bilan semestriel établi par la direction de la qualité et des usagers à destination du comité de vigilances et de gestion des risques et du comité de pilotage permet le suivi des différentes déclarations et des actions d'amélioration préconisée et l'évolution du système de déclaration. La formalisation récente du programme d'actions prioritaires permet partiellement à l'établissement de mesurer l'efficacité de la gestion des risques. Toutefois le suivi des déclarations au regard des objectifs définis s'inscrit actuellement vers des tendances positives.	B
50 c	La maîtrise de la documentation est évaluée	Une évaluation régulière de la documentation et de la tenue des classeurs est réalisée par la direction de la qualité. Une enquête à destination des utilisateurs afin de connaître le niveau de satisfaction sera initiée dans les mois à venir. La connaissance et l'application des protocoles et procédures n'a pas fait l'objet à ce jour d'évaluation. L'établissement devra évaluer l'appropriation des documents qualité par les professionnels.	C

Réf. 51	La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée		Cotation
51 a	Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration	Existence d'un dispositif de recueil et d'analyse de la satisfaction des patients et de leur entourage et prise en compte des résultats dans un plan d'amélioration de la qualité.	A
51 b	Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises	Le questionnaire de satisfaction pour les patients pris en charge ambulatoire permet à l'établissement de connaître les délais d'attente. Le questionnaire de satisfaction pour les patients pris en charge en hospitalisation complète ne prend pas actuellement en compte les délais d'attente ; la réactualisation de ce questionnaire est programmée pour 2007. Une enquête a été réalisée en décembre 2004 ; des actions d'améliorations ont été engagées. Le protocole d'accueil au sein du centre de rééducation des laryngectomisés précise de fait les délais d'attente.	B
51 c	Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration	Un dispositif opérationnel de gestion des plaintes et réclamations permet une analyse et une réponse individuelles et systématiques. Ce dispositif est exploité dans le cadre de l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité.	A
51 d	Les résultats de ces évaluations font l'objet d'échanges avec les représentants des usagers de l'établissement	Il existe une concertation régulière entre l'établissement et les représentants des usagers autour des résultats des évaluations concernant la satisfaction des usagers pour définir des priorités d'amélioration. La mise en place récente d'un comité des usagers permet à l'établissement de renforcer cette dimension.	A

Réf. 52	Les relations avec les correspondants externes de l'établissement sont évaluées		Cotation
52 a	L'établissement évalue les actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants	<p>Hormis les actions mises en œuvre dans le cadre de l'activité des secteurs cliniques avec les différents partenaires et la formalisation de nombreuses conventions, l'établissement n'a pas défini d'actions spécifiques de communication à l'égard des correspondants.</p> <p>Dans le cadre de l'élaboration du prochain projet d'établissement, un groupe projet chargé de faire des propositions dans ce domaine a défini des axes d'améliorations. L'établissement devra évaluer les actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants.</p>	C
52 b	La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte	<p>Une phase diagnostique et d'évaluation de la dynamique de réseau soutenu par un CMP en 2000 a permis d'établir un bilan et de définir des actions d'améliorations.</p> <p>La satisfaction des correspondants médicaux externes n'est pas évaluée.</p> <p>L'établissement devra évaluer la satisfaction des correspondants et mettre en œuvre les actions d'amélioration qui en découleront.</p>	C

Réf. 53	La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée		Cotation
53 a	Le suivi est réalisé et les évaluations sont utilisées pour réajuster si nécessaire les objectifs	Le suivi de la mise en œuvre des orientations stratégiques est organisé. Le recueil et l'exploitation des données permettent aux responsables de procéder aux réajustements des objectifs.	A
53 b	La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires	Un dispositif permettant les comparaisons avec des établissements similaires est en place et permet, le cas échéant, aux responsables de procéder aux réajustements des orientations stratégiques.	A
53 c	Les résultats font l'objet d'une communication interne	Les résultats de la mise en œuvre des orientations stratégiques, notamment les bilans annuels d'activité, le rapport annuel d'orientation budgétaire et l'état des lieux réalisés par les chefs de service à l'issue de l'actuel projet d'établissement sont communiqués au travers des différents supports de communication existant dans l'institution : journaux internes, comptes rendus de réunions des instances, intranet et rencontres institutionnelles. Le dispositif utilisé ne fait pas l'objet d'une formalisation.	B

PARTIE 3
COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES

I Commentaires synthétiques par type de prise en charge

Psychiatrie et santé mentale

En psychiatrie, l'organisation du dispositif de santé mentale met à disposition des patients une offre de soins très diversifiée. Une permanence de l'accueil est en place et prend en compte la prise en charge de l'urgence psychiatrique. Les professionnels sont impliqués et assurent la continuité des soins dans le respect des droits des patients. La coordination entre l'ambulatoire et l'hospitalisation est assurée. L'information est tracée, accessible aux professionnels grâce à l'informatisation de toutes les unités de soins, le renseignement de la fiche concernant l'information bénéfice-risque sera à poursuivre. L'établissement s'est engagé dans une évaluation des pratiques professionnelles. Il devra cependant renforcer sa vigilance sur les conditions d'hospitalisation par la poursuite de l'humanisation des locaux entreprise et prévue ainsi que par une réflexion pour la mise en œuvre d'une disponibilité suffisante et constante de lits adaptés à chaque prise en charge.

Soins de suite et de réadaptation

Le centre de rééducation des laryngectomisés, intégré au réseau national, s'inscrit dans une dynamique prenant en compte la dimension du soin spécifique à ce mode de prise en charge en s'efforçant de s'adapter aux nouvelles indications chirurgicales. La dimension d'accueil du patient mais aussi surtout de son proche et/ou de son entourage, la dimension éducative et informative sont des notions qui guident la prise en charge. Toute l'organisation est tournée vers la prise en compte des besoins du patient pour la durée de l'hospitalisation et pour préparer sa sortie.

II Appréciation globale sur la dynamique qualité

L'engagement de la fondation du Bon-Sauveur dans une démarche qualité date de 1995 et repose sur des orientations stratégiques définies, connues et partagées.

L'ensemble des professionnels est engagé dans leur mise en œuvre, la motivation et l'adhésion des personnels sont recherchées.

Depuis cette date, la direction, la CME, la direction des soins et les différentes instances soutiennent et favorisent le développement de son système d'assurance qualité.

En 2003, la démarche qualité se structure autour de la direction des usagers et de la qualité.

Un comité de pilotage se crée en 2004 et devient l'instance décisionnelle en la matière ; il lui est adjoint une instance opérationnelle : la cellule qualité.

De plus, l'établissement a fait le choix de constituer une équipe d'auditeurs internes formés. Ceux-ci ont réalisé un programme de sept audits (tenue du dossier patient, pratique de mise en chambre isolement, organisation du circuit du médicament, prise en charge de la douleur...) défini sur la période de septembre 2003 à mars 2005.

Il existe un plan d'amélioration de la qualité comprenant des objectifs prioritaires précis, des échéances déterminées avec suivi régulier des actions entreprises.

Une démarche structurée d'identification et d'analyse des incidents et accidents survenus est en place.

Elle contribue à la définition d'actions d'amélioration de la qualité et de réduction des risques.

Les différentes évaluations réalisées au sein de l'établissement permettent de réajuster le PAQ si nécessaire.

La démarche qualité de la fondation du Saint-Sauveur s'oriente aujourd'hui vers une politique de la gestion des risques et de la sécurité, avec la mise en œuvre du comité des vigilances et de gestion des risques.

Il assure avec le comité de pilotage de la démarche qualité, le suivi des différentes déclarations et des actions d'amélioration préconisées ainsi que l'évolution du système de déclaration.

L'établissement s'est engagé dans l'évaluation des pratiques professionnelles en lien avec ses objectifs stratégiques prioritaires.

III Liste des actions exemplaires

Aucune action exemplaire n'a été retenue

PARTIE 4
DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

III Niveau de décision

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport de certification issu des résultats de l'auto-évaluation et de la visite sur site, **la HAS prononce la certification.**

La HAS invite l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité sur les points suivants :

- Veiller au respect de l'intimité et de la dignité des patients (26 b),
- Renforcer la mise en œuvre d'une gestion de la disponibilité des lits adaptée à chaque prise en charge (28 d).

INDEX

AES :	Accident d'exposition au sang	CCM :	Commission consultative médicale
AFS :	Agence française du sang	CCMU :	Classification clinique des malades aux urgences
AFSSA :	Agence française de sécurité sanitaire des aliments	CCPPRB :	Comité consultatif pour la protection des personnes dans la recherche biomédicale
AFSSAPS :	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	CDAM :	Catalogue des actes médicaux
ANDEM :	Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale	CE :	Comité d'entreprise
ANDRA :	Agence nationale pour la gestion des déchets radioactifs	CEDPA :	Cellule d'évaluation de la dépendance chez la personne âgée
AP :	Atelier protégé	CEME :	Commission d'évaluation médicale de l'établissement
ARECLIN :	Association régionale des comités de lutte contre les infections nosocomiales	CESF :	Conseillère en économie sociale et familiale
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation	CGSH :	Comité de gestion du service informatique d'hospitalisation
ARTT :	Aménagement de la réduction du temps de travail	CH :	Centre hospitalier
AS :	Aide-soignante	CHR :	Centre hospitalier régional
ASH :	Agent des services hospitaliers	CHRS :	Centre d'hébergement et de réadaptation spécialisé
ASHQ :	Agent des services hospitaliers qualifié	CHS :	Centre hospitalier spécialisé
AVC :	Accident vasculaire cérébral	CHSCT :	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
BDSF :	Banque de données statistiques et financières	CHU :	Centre hospitalier universitaire
BMR :	Bactéries multirésistantes	CIM :	Classification internationale des maladies
BO :	<i>Bulletin officiel</i>	CLAN :	Comité de liaison alimentation et nutrition
CA :	Conseil d'administration	CLCC :	Centre de lutte contre le cancer
CAF :	Caisse d'allocations familiales	CLIC :	Centre local d'information et de coordination
CAMSP :	Centre d'action médicosociale précoce	CLIN :	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CAMPS* :	Centrale d'approvisionnement en matériel pharmaceutique stérile	CLSSI :	Commission locale du service de soins infirmiers
CAT :	Centre d'aide par le travail	CLUD :	Comité de lutte contre la douleur
CATTP :	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	CMA :	Comorbidité associée
CCLIN :	Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales	CMAS :	Comorbidité associée sévère
		CMC :	Catégorie majeure clinique

CMD :	Catégorie majeure de diagnostic	DACQ :	Démarche d'amélioration continue de la qualité
CME :	Commission médicale d'établissement (publique)	DAETB :	Direction des affaires économiques, techniques et biomédicales
CME :	Conférence médicale d'établissement (privée)	DAF :	Direction des affaires financières
CMP :	Centre médicopsychologique	DAFSI :	Direction des affaires financières et du système d'information
CMU :	Couverture maladie universelle	DAMR :	Direction des affaires médicales et de la recherche
CNAM :	Caisse nationale d'assurance-maladie	DAR :	Département d'anesthésie réanimation
CNIL :	Commission nationale informatique et libertés	DARH :	Directeur d'agence régionale de l'hospitalisation
CNMBRDP :	Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal	DASRI :	Déchets d'activité de soins à risque infectieux
COM :	Contrat d'objectifs et de moyens	DDAF :	Direction départementale de l'agriculture et des forêts
COMAIB :	Commission médicoadministrative de l'informatique et de la bureautique	DDASS :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
COQ :	Comité d'organisation qualité	DDE :	Direction départementale des équipements
COTOREP :	Comité technique d'orientation et de reclassement professionnel	DES :	Direction des services économiques
COTRIM :	Comité technique régional de l'information médicale	DGCCRF :	Direction générale de la consommation de la concurrence et de la répression des fraudes
CPAM :	Caisse primaire d'assurance-maladie	DGS :	Direction générale de la santé
CPS :	Carte de professionnel de santé	DHOS :	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
CQAGR :	Comité qualité, accréditation et gestion des risques	DIL :	Direction de l'ingénierie et de la logistique
CRAM :	Caisse régionale d'assurance-maladie	DIM :	Département d'information médicale
CRIH :	Centre régional d'informatique hospitalier	DIVLD :	Dispositif intravasculaire de longue durée
CRLCC :	Centre régional de lutte contre le cancer	DM :	Dispositif médical
CROSS :	Comité régional d'organisation sanitaire et sociale	DMS :	Durée moyenne de séjour
CRPV :	Centre régional de pharmacovigilance	DOMES :	Données médicales, économiques et sociales
CRUQ :	Commission de relations avec les usagers et la qualité	DOQ :	Directeur organisation qualité
CSP :	Code de la santé publique	DPA :	Dialyse péritonéale automatisée
CSSI :	Commission du service de soins infirmiers	DPCA :	Dialyse péritonéale continue ambulatoire
CSTH :	Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance	DPRSCT :	Direction du personnel, des relations sociales et des conditions de travail
CTE :	Comité technique d'établissement	DRASS :	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
CTEL :	Comité technique d'établissement	DRH :	Direction des ressources humaines
CTS :	Centre de transfusion sanguine		

DRIRE :	Délégation régionale à l'industrie, à la recherche et à l'environnement	GBEA :	Guide de bonne exécution des analyses médicales
DSSI :	Direction du service de soins infirmiers	GEMSA :	Groupe d'étude multicentrique des services d'accueil
DSIO :	Direction du service informatique et de l'organisation	GHJ :	Groupe homogène de journées
DSV :	Direction des services vétérinaires	GHM :	Groupes homogènes de malades
DU :	Diplôme universitaire	GIE :	Groupement d'intérêt économique
DURQ :	Direction des usagers, des risques et de la qualité	GIP :	Groupement d'intérêt professionnel
EBLSE :	Entérobactérie bêta lactamase à spectre élargi	GMAO :	Gestion de maintenance assistée par ordinateur
ECE :	Équipe centrale d'entretien	GPEC :	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
ECG :	Électrocardiogramme	GCS :	Groupement de coopération sanitaire
ECHEL :	Équipe centralisée d'hygiène et d'entretien des locaux	HACCP :	<i>Hazard analysis control critical point</i> (analyse des risques et maîtrise des points critiques)
ECT :	Électroconvulsivothérapie (remplace sismothérapie, électrochoc)	HAS :	Haute Autorité de santé
EEG :	Électroencéphalogramme	HDT :	Hospitalisation à la demande d'un tiers
EFG :	Établissement français des greffes	HIV :	<i>Human immunodeficiency virus</i>
EFR :	Épreuves fonctionnelles respiratoires	HO :	Hospitalisation d'office
EFS :	Établissement français du sang	IADE :	Infirmière anesthésiste diplômée d'État
EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	IAO :	Infirmière d'accueil et d'orientation
EIDLIN :	Équipe interdépartementale de lutte contre l'infection nosocomiale	IASS :	Inspecteur des affaires sanitaires et sociales
EMG :	Électromyogramme	IBODE :	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État
ENC :	Échelle nationale de coûts	ICR :	Indice de coût relatif
EOH :	Équipe opérationnelle d'hygiène	IDE :	Infirmière diplômée d'État
EOHH :	Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière	IFSI :	Institut de formation en soins infirmiers
EPU :	Enseignement postuniversitaire	IGEQSI :	Indicateurs globaux d'évaluation de la qualité des soins infirmiers
ES :	Établissement de santé	IGH :	Immeuble de grande hauteur
ESB :	Encéphalopathie spongiforme bovine	IME :	Institut médicoéducatif
ESH :	Employé des services hospitaliers	IMP :	Institut médicopédagogique
ETP :	Emploi temps partiel	IMPRO :	Institut médicoprofessionnel
ETS :	Établissement de transfusion sanguine	IRM :	Imagerie par résonance magnétique
ETO :	Échographie transœsophagienne	ISA :	Indice synthétique d'activité
ETS :	Établissements de transfusion sanguine	ISO :	<i>International standard organization</i>
		IVG :	Interruption volontaire de grossesse

JO :	<i>Journal officiel</i>	PMSI :	Programme de médicalisation du système d'information
MAHOS :	Mesure de l'activité hospitalière	POSU :	Pôle spécialisé d'urgence
MAPAD :	Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes	PRN :	Projet de recherche en nursing
MAS :	Maison d'accueil spécialisée	PSL :	Produit sanguin labile
MCJ :	Maladie de Creutzfeldt-Jakob	PUI :	Pharmacie à usage intérieur
MCO :	Médecine, chirurgie, obstétrique	RAI :	Réaction à usage immune
MDS :	Médicament dérivé du sang	RAQ :	Responsable assurance qualité
MFQ :	Mouvement français de la qualité	RHS :	Résumé hebdomadaire standardisé
MGEN :	Mutuelle générale de l'Éducation nationale	RRF :	Rééducation et réadaptation fonctionnelles (remplacé par MPR)
MISP :	Médecin inspecteur de santé publique	RSD :	Règlement sanitaire départemental
MKDE :	Masseur-kinésithérapeute diplômé d'État	RSIO :	Responsable du système d'information et de l'organisation
MOF :	Manuel d'organisation et de fonctionnement	RSS :	Résumé de sortie standardisé
MPR :	Médecine physique et réadaptation	RSS* :	Réseau de santé social
NGAP :	Nomenclature générale des actes professionnels	RUM :	Résumé d'unité médicale
NIP :	Numéro d'identification permanent	SAE :	Statistiques appliquées aux établissements
NPP :	Numéro patient permanent	SAMU :	Service d'aide médicale d'urgence
OMS :	Organisation mondiale de la santé	SAU :	Service d'accueil des urgences
OPRI :	Office de protection contre les radiations ionisantes	SEP :	Sclérose en plaques
OQN :	Objectifs quantifiés nationaux	SFAR :	Société française d'anesthésie et de réanimation
PAC :	Praticien associé contractuel	sida :	Syndrome d'immunodéficience acquise
PAQ :	Programme d'amélioration de la qualité	SIH :	Système d'information hospitalier
PASS :	Permanence d'accès aux soins de santé	SIIPS :	Soins infirmiers individualisés à la personne soignée
PCA :	<i>Patient controled analgesia</i> (pompes analgésiques contrôlées)	SMUR :	Service mobile d'urgence et de réanimation
PCEA :	<i>Patient controled epidural analgesia</i>	SROS :	Schéma régional d'organisation sanitaire
PCS :	Poste central de sécurité	SROSS :	Schéma régional d'organisation sanitaire et social
PFC :	Produits frais congelés	SSIAD :	Service de soins infirmiers à domicile
PFT :	Placement familial thérapeutique	SSPI :	Salle de surveillance postinterventionnelle
PHISP :	Pharmacien inspecteur de santé publique	SSR :	Soins de suite et réadaptation
PME :	Projet médical d'établissement	STB :	Service technique et biomédical
PMI :	Protection materno-infantile	TGBT :	Transformateur général de basse tension
PMO :	Prélèvement multiorgane	TIAC :	Toxi-infection alimentaire collective

TIM : Technicienne de l'information médicale
UCDM : Unité centrale d'archivage des dossiers médicaux
UCV : Unité cardio-vasculaire
UMSP : Unité médicale de soins palliatifs
UPATOU : Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

UPC : Unité de production culinaire
USP : Unité de soins palliatifs
USIC : Unité de soins intensifs cardiologiques
VIH : Virus d'immunodéficience humaine
VSL : Véhicule sanitaire léger