



COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION
Septembre 2001
comportant le
SUIVI DES DECISIONS
DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION
Décembre 2002

CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE
DE NANCY
1, rue du Docteur Archambault
54521 - LAXOU

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION »		p. 3
Partie 1	PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE	p. 6
Partie 2	DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION	p. 8
Partie 3	LES CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	p. 9
	1. APPRECIATIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	p. 9
	1. Synthèse par référentiel	p. 9
	2. Synthèse selon les trois orientations stratégiques	p. 16
	2. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	p. 18
	1. Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation	p. 18
	2. Échéance de la prochaine procédure et modalités de suivi	p. 18
Partie 4	SUIVI DES DECISIONS DU COLLEGE D'ACCREDITATION	p. 19

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION »

Le «compte-rendu d'accréditation» dont vous disposez résulte d'une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé (hôpital ou clinique), conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Cette procédure vise à développer les actions relatives à la qualité et à la sécurité des soins au sein de chaque établissement.

Ce compte-rendu présente les résultats de la procédure engagée par l'établissement. Pour en faciliter la lecture quelques informations vous sont proposées ci-dessous.

I. QU'EST-CE QUE L'ACCREDITATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ?

L'accréditation est un moyen pour inciter l'ensemble des professionnels des établissements de santé (soignants, médecins, personnels administratifs, agents d'entretien...) à analyser leur organisation et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients. La procédure d'accréditation est obligatoire et intervient périodiquement tous les 5 ans, sauf lorsque des situations obligent qu'elle soit renouvelée plus tôt.

II. QU'APPORTE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION ?

La procédure d'accréditation favorise une meilleure organisation de l'établissement au service de la personne soignée.

Grâce à l'auto-évaluation et à la visite des experts-visiteurs, elle permet aux professionnels de l'établissement de santé de :

- réfléchir ensemble à leur organisation, en fonction des différents besoins des personnes soignées ;
- reconnaître les points forts et les points à améliorer ;
- définir des actions prioritaires ;
- faire évoluer leur façon de travailler.

dans le but de :

- permettre à tous d'accéder à des soins de qualité ;
- contribuer à mieux répondre aux différents besoins de chaque personne soignée ;
- améliorer la qualité et la sécurité des soins (cf. encadré) et des autres services (accueil, hôtellerie, information...).

L'ANAES

L'ANAES est un établissement public administratif de l'État créé en 1996.

Ses missions sont de :

- *faire le bilan des connaissances sur les techniques diagnostiques et thérapeutiques ;*
- *contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des soins notamment en mettant en œuvre la « procédure d'accréditation » des établissements de santé.*

CE QUE N'EST PAS L'ACCREDITATION

- *Elle n'établit pas un palmarès des hôpitaux ou cliniques.*
- *Elle ne note pas les médecins, les soignants ou les services.*
- *Elle ne décide pas de l'attribution de moyens supplémentaires.*

APPORT POUR LA QUALITE DES SOINS

- *L'information de la personne soignée et de sa famille sur les conditions de séjour et sur son état de santé.*
- *L'amélioration de la sécurité des soins.*
- *Une meilleure coordination des professionnels intervenant auprès de la personne soignée.*
- *La réalisation de soins respectant les bonnes pratiques recommandées.*

III. COMMENT EST ETABLI LE COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION ?

La procédure d'accréditation d'un établissement de santé se déroule en plusieurs temps. Elle débute par une évaluation réalisée par les professionnels de cet établissement (appelée « auto-évaluation ») à l'aide d'un manuel* d'accréditation proposé par l'ANAES. Ce manuel comporte 300 questions permettant l'appréciation de la sécurité et de la qualité regroupées en 10 chapitres appelés référentiels.

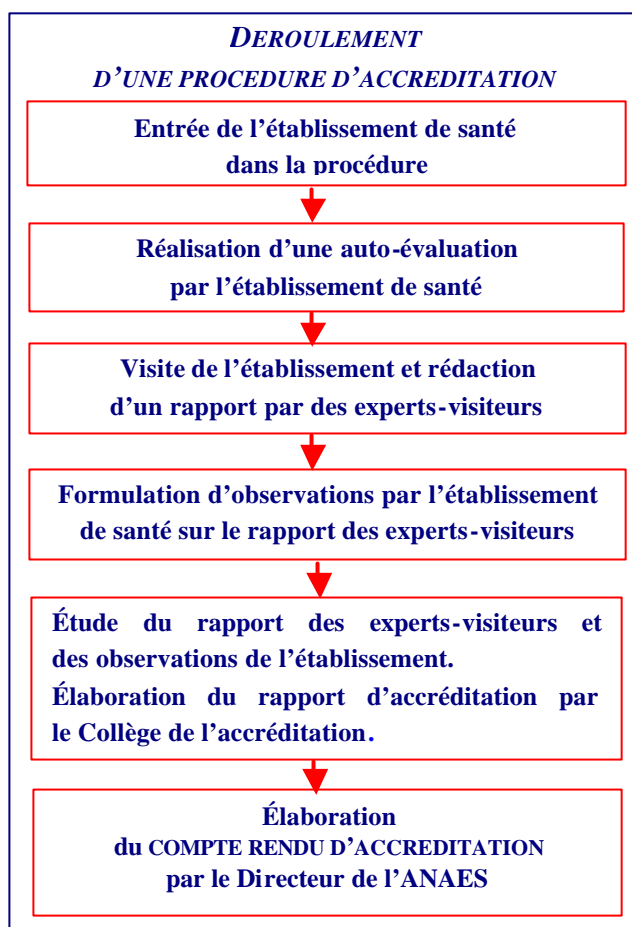
Ces référentiels sont complémentaires, de façon à traiter l'ensemble des activités d'un établissement et aboutir à une vision transversale de son fonctionnement.

* Le manuel d'accréditation est disponible sur le site Internet de l'ANAES www.anaes.fr.

LES REFERENTIELS D'ACCREDITATION

1. *Droits et information du patient*
2. *Dossier du patient*
3. *Organisation de la prise en charge du patient*
4. *Management de l'établissement et des secteurs d'activité*
5. *Gestion des ressources humaines*
6. *Gestion des fonctions logistiques*
7. *Gestion du système d'information*
8. *Qualité et prévention des risques*
9. *Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle*
10. *Surveillance, prévention, contrôle du risque infectieux*

Après l'auto-évaluation, l'ANAES organise la visite de l'établissement (la « visite d'accréditation ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) formés par l'ANAES.



Pour garantir l'indépendance de la procédure d'accréditation, les experts-visiteurs sont issus d'établissements de santé publics et privés d'une région différente de celle de l'établissement visité.

Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

LE COLLEGE DE L'ACCREDITATION

Le Collège de l'accréditation est un groupe composé de 11 professionnels, issus d'établissements de santé (médecins, directeurs, soignants) nommés par le Ministre de la santé.

Le Collège de l'accréditation établit un « rapport d'accréditation » qui est transmis à l'établissement de santé et à l'autorité dont il dépend dans sa région (Agence Régionale de l'Hospitalisation ou ARH).

Le directeur de l'ANAES élabore le compte-rendu d'accréditation à partir du rapport d'accréditation du Collège de l'accréditation.

IV. QUE CONTIENT LE COMPTE -RENDU D'ACCREDITATION ?

Le compte-rendu d'accréditation contient les informations suivantes :

- la présentation de l'établissement de santé,
- le déroulement de la procédure d'accréditation,
- les conclusions du Collège de l'accréditation sur la situation de l'établissement.

Ces conclusions mettent en évidence d'une part une synthèse selon les 10 référentiels, d'autre part une synthèse selon trois orientations stratégiques définies par le Collège de l'accréditation : **la satisfaction des besoins du patient, la maîtrise des situations à risque et la dynamique de gestion de la qualité.**

Dans ses décisions, le Collège de l'accréditation peut émettre :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement pour progresser sur des domaines précisés en perspective de la prochaine procédure ;
- des réserves : constat(s) d'insuffisances sur des domaines précisés et absence de dynamique de progrès ;
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité, sans qu'il y ait eu de preuves d'actions correctrices.

Les décisions du Collège de l'accréditation peuvent se résumer de la façon suivante :

APPRECIATIONS	MODALITES DE SUIVI
Sans recommandations	Le Collège de l'accréditation encourage l'établissement de santé à poursuivre la dynamique engagée. La prochaine procédure d'accréditation est fixée à une échéance de 5 ans.
Avec recommandations	L'établissement de santé met en œuvre les mesures préconisées et assure le suivi des recommandations formulées par le Collège de l'accréditation en vue de la prochaine procédure dont l'échéance est fixée à 5 ans.
Avec réserves	L'établissement de santé produit un rapport de suivi ou fait l'objet d'une « visite ciblée » sur les sujets concernés dans un délai fixé par le Collège de l'accréditation.
Avec réserves majeures	L'établissement de santé doit apporter des solutions aux réserves majeures lors d'une « visite ciblée » à une date fixée par le Collège de l'accréditation.

* *

*

Les comptes rendus d'accréditation des établissements de santé ayant conclu leur procédure d'accréditation sont disponibles auprès de la direction de chaque établissement concerné et sur le site Internet de l'ANAES www.anaes.fr

PARTIE 1

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

- **Le centre psychothérapique de Nancy**, sis 1 rue du Docteur Archambault - 54521 LAXOU.

Le centre hospitalier spécialisé est un établissement, comportant 400 lits et 248 places, situé en région Lorraine.

La répartition géographique des lits d'hospitalisation s'effectue pour partie dans le centre hospitalier, et pour autre partie hors du site de Laxou, et ce, selon la répartition suivante :

- La psychiatrie générale se compose de 11 lits de centre de post-cure situés à Nancy, de 6 lits de crise au sein du centre hospitalier universitaire (unité d'accueil des urgences psychiatriques), de 10 lits situés au centre hospitalier de Pont-à-Mousson, et de 14 lits situés au centre hospitalier de Lunéville ;
- La psychiatrie infanto-juvénile est dotée de 8 lits implantés au sein de l'hôpital d'enfants du centre hospitalier universitaire, de 9 lits d'hospitalisation à visée de réadaptation à Nancy (unité « les Glacis »).

La zone d'intervention du centre psychothérapique de Nancy est divisée géographiquement en cinq secteurs de psychiatrie générale (près de 400 000 habitants) et trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (pour une population à couvrir de 152 000 personnes de 0 à 19 ans). Cette zone représente :

- En psychiatrie générale, cinq secteurs sur sept au niveau du groupe de secteurs et cinq secteurs sur neuf au niveau du département ;
- En psychiatrie infanto-juvénile, trois secteurs sur trois au niveau du groupe de secteurs et trois secteurs sur quatre au niveau du département.

En 1999, l'activité a été caractérisée par une file active d'environ 16 000 patients (dont plus de 10 000 nouveaux patients) : 9 692 en psychiatrie générale et 6 537 en psychiatrie infanto-juvénile.

L'activité à temps plein a permis la prise en charge de 3 082 patients (2 883 en psychiatrie générale et 199 en psychiatrie infanto-juvénile), de 82 patients en accueil familial thérapeutique et de 29 en appartements de transition.

503 patients ont été pris en charge au titre de l'activité à temps partiel, 53 dans le cadre de l'hospitalisation de nuit et 1 963 au titre de l'accueil en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.



L'activité ambulatoire a été de 11 159 consultants (5 470 en psychiatrie générale et 5 689 en psychiatrie infanto-juvénile).

Dans le cadre des visites à domicile, 1 044 patients ont été pris en charge, 1 473 au titre des visites en institution et 2 655 au titre des visites en hôpital.

L'établissement dispose d'un service d'accueil des urgences psychiatriques de 6 lits implantés dans les locaux du centre hospitalier universitaire de Nancy et d'un centre d'accueil permanent de 3 lits sur le site de Laxou.

Une partie de l'activité s'organise entre les secteurs et autour plus particulièrement des problèmes des pathologies ou des groupes à risques. Par ailleurs, une politique contractuelle très volontaire a permis un développement du réseau auprès des établissements sociaux, médico-sociaux ainsi que du monde associatif.

PARTIE 2

DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 04 novembre 1999.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 15 janvier 2001 au 19 janvier 2001 par une équipe interprofessionnelle de 4 experts-visiteurs mandatés par l'ANAES.

A l'issue de cette visite un rapport des experts a été communiqué à l'établissement qui a formulé ses observations auprès de l'ANAES.

Le rapport des experts ainsi que les observations de l'établissement à ce rapport ont été communiqués pour délibération au collège de l'accréditation en septembre 2001.

Après avoir pris connaissance :

- **Du rapport des experts, et plus particulièrement des modalités de réalisation de l'auto-évaluation et de la visite, de la mise à disposition des documents de synthèse sur la sécurité et du suivi des recommandations faites par les organismes de contrôle ;**
- **Des observations et informations complémentaires au rapport des experts fournies par l'établissement,**

le Collège de l'accréditation décide que le centre psychothérapique de Nancy, sis 1 rue du Docteur Archambault - 54521 LAXOU, a satisfait à la procédure d'accréditation.

PARTIE 3

LES CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

I. APPRECIATIONS DU COLLEGE

Les appréciations du collège de l'accréditation sont présentées selon les référentiels et les trois orientations arrêtées par le Collège de l'accréditation.

I.1 Synthèse par référentiel

I.1.1 Droits et Information du Patient

L'établissement a inscrit le respect des droits du patient dans son projet d'établissement 2001-2005. Cette politique se formalise par :

- la distribution généralisée du livret d'accueil,
- l'affichage de la charte du patient et de l'enfant,
- sa distribution à tout le personnel,
- l'accès aux services sociaux,
- l'identification des professionnels,
- le plan de formation 2001.

L'avis et l'expression des usagers sont garantis par :

- la nomination d'un responsable,
- la documentation du mode d'hospitalisation,
- un registre et une traçabilité des plaintes ainsi que la permanence hebdomadaire de la commission de conciliation,
- les modalités pour faciliter l'expression des non-francophones,
- l'information sur le culte,
- la prise en compte des habitudes alimentaires,
- les modalités de sortie contre avis médical qui est accompagnée.

Le centre psychothérapique de Nancy accueille tous les patients qui se présentent en urgence.

L'évaluation de cette politique est basée sur l'exploitation du questionnaire de sortie dont le taux de retour dépasse 50% et progresse chaque année.

Cependant, de nombreux points liés aux modes de prise en charge des patients, à la multiplicité des sites et à leur vétusté méritent des mesures correctives :

- l'accueil des personnes handicapées,
- le manque de confort et d'intimité sauf sur les sites de Lunéville et de Pont-à-Mousson,
- l'exiguïté des surfaces attribuées à l'unité d'accueil des urgences psychiatriques. au centre hospitalier universitaire. de Nancy,
- le recueil du consentement éclairé du patient ou de son représentant légal pour la recherche biomédicale et la réflexion sur le rapport bénéfiques/risques,
- la présence de patients en hospitalisation libre dans des unités fermées,

- l'hébergement des accompagnants. L'établissement ne disposant pas d'une structure d'hébergement les familles sont orientées vers des lieux d'hébergement. Dans certains cas, les locaux peuvent faire l'objet d'une utilisation polyvalente.

L'amélioration doit porter sur :

- la libre circulation des patients en hospitalisation libre, en toutes circonstances.

I.1.2 Dossier Patient

La politique du centre psychothérapique de Nancy est de mettre en place un dossier unique informatisé par patient.

Il existe un dossier minimum commun informatisé, accessible à tous les professionnels concernés, par l'utilisation de micro-ordinateurs, ce qui permet la coordination entre les secteurs.

La confidentialité est assurée et la déclaration à la commission nationale informatique et libertés est faite. Le patient peut avoir accès aux informations le concernant. Les modalités de tenue sont organisées. Le dossier est évalué. L'élimination des pièces est organisée et contrôlée.

Les prescriptions médicales sont effectuées réglementairement mais non informatisées.

Cependant, le partage de l'information est inégal du fait de l'insuffisance de formation des personnels non-médicaux et d'une culture d'établissement qui n'évolue que lentement.

Les améliorations doivent porter sur :

- la généralisation de l'évaluation du dossier unique par patient,
- la poursuite des efforts de formation du personnel soignant à l'utilisation du dossier informatisé.

I.1.3 Organisation de la Prise en Charge

Le projet d'établissement est centré sur l'amélioration continue de la qualité des prises en charge des patients à tous les niveaux. Les groupes de travail ont dégagé de nombreux axes et les développent.

La signalisation interne et externe, l'affichage des informations aux patients et aux familles.

Les espaces de jeux dans les unités recevant des enfants, les prestations aux accompagnants en témoignent.

Un service central de médecine polyvalente coordonne les activités médico-techniques intersectorielles.

Le dossier minimum commun informatisé permet de coordonner les étapes du suivi médical mais l'inégalité des compétences informatiques du personnel soignant rend cette coordination inégale.

La douleur est prise en charge mais doit être rendue effective ; l'accompagnement des patients en fin de vie et de leur famille est assuré.

Les besoins médico-psychologiques des détenus sont spécifiquement pris en charge en articulation avec l'administration pénitentiaire et les somaticiens.

Les avis spécialisés sont demandés, le médecin traitant est informé, les personnels sont formés à des thèmes spécifiques de prise en charge. Les conventions de partenariat dans les réseaux de soins ont été formalisées. Il n'y a pas de rupture de prise en charge pendant les congés.

Les prescriptions sont effectuées par bordereau dans des conditions de sécurité et de confidentialité garanties. La dispensation est nominative, les pharmacies de services et les chariots et valises d'urgence sont contrôlés par la pharmacie centrale. Les vigilances sont mises en œuvre.

Les protocoles et les guides de bonne pratique ont été rédigés, ils sont disponibles et évalués.

Des signaux d'alarme spécifiques font l'objet d'une attention et d'une analyse systématiques et multiprofessionnelles, et sont considérés comme des indicateurs de qualité régulièrement évalués.

L'amélioration doit porter sur :

- la politique de lutte contre la douleur.

I.1.4 Management de l'établissement et des secteurs d'activité

Le projet d'établissement 2001-2005 a été élaboré :

- en fonction de certaines orientations prioritaires du SROSS (prise en charge des suicidants, conduites addictives),
- par des groupes de travail multidisciplinaires,
- avec consultation des instances décisionnelles et consultatives aux différents stades,

L'équipe de direction et la commission médicale d'établissement travaillent en étroite collaboration.

La communication interne existe, la communication externe n'est pas structurée au niveau institutionnel, mais un groupe de communication a été mis en place.

L'implication des professionnels aux prévisions d'activité et de moyens ainsi que dans le suivi mensuel de l'activité des secteurs ne repose pas sur l'utilisation d'indicateurs élaborés et évalués.

Les conseils de services existent et tous les personnels y ont accès. Ils se réunissent régulièrement et ont collaboré au projet d'établissement.

Les gardes et astreintes sont organisées et couvrent l'ensemble des besoins du centre psychothérapique de Nancy.

La coordination entre les services s'effectue dans de bonnes conditions mais pourrait être améliorée entre secteurs adulte et infanto-juvénile.

Les règles de délégations et les organigrammes ne sont pas organisés dans tous les secteurs et en particulier dans les structures intersectorielles.

L'évaluation précise de la charge de travail des soignants n'est pas encore en place, rendant imparfaites l'actualisation des objectifs par service, les prévisions budgétaires et leur suivi.

Les améliorations doivent porter sur :

- la coordination des secteurs adulte et infantojuvénile,
- l'évaluation de la charge de travail,
- la clarification de l'organigramme des services et des unités intersectorielles.

I.1.5 Gestion des Ressources Humaines

Le projet social intégré au projet d'établissement est largement dominé par la mise en place de la réduction du temps de travail, dont le bilan est en cours et les structures existantes.

Il n'y a pas de règlement intérieur formalisé pour l'ensemble du centre psychothérapique de Nancy, mais il existe pour la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement, la commission du service de soins infirmiers. Les structures se réunissent régulièrement.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail règle les problèmes au quotidien, son programme annuel est en cours de formalisation.

Il n'y a pas de programme annuel de formation médicale continue prenant en compte les objectifs de l'institution.

Les besoins futurs en personnel sont identifiés, les qualifications vérifiées.

Une bibliothèque des profils de postes est en cours de constitution.

Un projet d'accueil des nouveaux personnels est en cours d'élaboration.

L'évaluation annuelle est faite, selon une procédure particulièrement structurée pour les cadres.

Les données individuelles sont gérées réglementairement.

Il n'y a pas d'enquête de satisfaction des personnels.

Il n'est pas fait état dans les constats des experts du plan de formation des personnels non médicaux, mais celui-ci est évoqué dans chaque référentiel concerné.

L'amélioration doit porter sur :

- la création de fiches de postes.

I.1.6 Gestion des Fonctions Logistiques

L'amélioration continue de la qualité des fonctions logistiques représente une partie importante du projet d'établissement.

L'évaluation des besoins, l'implication des utilisateurs dans les procédures d'achat, les modalités d'approvisionnement en urgence y contribuent.

La maintenance préventive et curative est assurée soit en interne, soit par des prestataires extérieurs. Les protocoles d'alerte et d'intervention sont connus, les astreintes également.

Il n'existe pas d'alimentation électrique de secours.

La qualité de la fonction restauration est un point fort ; elle est suivie par un groupe "fonctions hôtelières" aux attributions très larges.

La fonction blanchisserie répond à toutes les exigences réglementaires, avec contrôle de la qualité mais sans contrôle bactériologique. Il existe une lingerie centrale.

Le nettoyage est dévolu à la fois à des prestataires externes et au personnel. La formation est assurée par une infirmière hygiéniste, et cette fonction est intégrée dans le groupe fonctions hôtelières.

Le transport est organisé avec formation des personnels à la sécurité, à l'hygiène et à la conformité.

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales est impliqué dans les modalités du tri et de l'élimination des déchets ; l'enlèvement est assuré par un prestataire sans évaluation périodique.

La sécurité des biens et des personnes est un point fort du centre psychothérapique : un service de 16 personnes est impliqué en permanence dans tous les domaines : incendie, sécurité générale, violences, agressions, vols. Ces personnes sont formées aux gestes d'urgence.

Les protocoles, dispositifs et matériels d'alerte sont en place.

L'établissement considère le tabagisme comme un risque important d'incendie.

Les améliorations doivent porter sur :

- la mise en œuvre des protocoles de contrôles des prestataires nettoyage,
- la définition et l'évaluation des missions du groupe "fonctions hôtelières",
- la réalisation du bilan annuel d'évaluation des procédures et protocoles.

I.17 Gestion du Système d'Information

La construction progressive du système d'information hospitalière est inscrite dans le projet d'établissement. La politique est à formaliser pour mieux gérer l'information et la communication.

L'informatique est née des besoins et des initiatives des utilisateurs et pilotée par eux. La généralisation en est souhaitée, de même que le développement d'une informatique médico-administrative.

Le département d'information médicale et la commission médicale d'établissement ont défini les règles de protection et de confidentialité, ainsi que les impératifs d'évaluation de la tenue des dossiers et du taux de remplissage des données.

La clause de discrétion est imposée aux prestataires externes.

Tous les traitements informatisés sont déclarés à la commission nationale informatique et libertés.

Il existe un double système de sauvegarde des données.

Le département d'information médicale fonctionne selon la réglementation. L'utilisation des données est sécurisée ; un règlement intérieur existe depuis 1991. Le département d'information médicale évalue la qualité des dossiers informatisés.

Le système d'information est en amélioration continue, les besoins sont connus, un nouveau plan informatique est à formaliser ainsi qu'il est prévu dans le projet d'établissement.

I.1.8 Qualité et Prévention des Risques

Tous les acteurs institutionnels se sont engagés dans la politique qualité et de prévention des risques définie dans le projet.

La procédure d'accréditation a permis de vulgariser cette démarche, ne dégageant pas moins de 125 propositions d'actions dont 80 ont été classées en priorité 1.

Cette politique d'évaluation de la qualité des soins a été engagée depuis 1990, mais limitée aux seuls soins Infirmiers.

Les groupes de travail mis en place dès 1993 ont permis d'actualiser les compétences et de rédiger des protocoles et des notes de service.

L'établissement prévoit de coordonner ces actions en un plan annuel pour formaliser sa politique qualité.

Les plaintes sont gérées et la commission de conciliation fonctionne correctement.

Le dossier minimum commun informatisé permet, sous les restrictions vues plus haut, d'atteindre les objectifs fixés : accessibilité, exhaustivité, interprofessionnalité, confidentialité.

Des thèmes prioritaires ont été dégagés et sont évalués.

Il existe depuis peu un système de signalement des risques.

Le groupe d'auto-évaluation propose la mise en place d'un programme coordonné, avec des indicateurs de résultat.

I.1.9 Vigilances Sanitaires et Sécurité Transfusionnelle

La politique des vigilances sanitaires et de la sécurité transfusionnelle a été définie et associe les instances et les acteurs concernés. Les responsables sont nommés et les structures sont en place.

Aucune transfusion n'étant effectuée sur le site, le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance ne se sont pas réunis depuis 1999. La traçabilité de l'utilisation des médicaments dérivés du sang est assurée.

Les procédures sont connues et appliquées, en particulier concernant les accidents d'exposition au sang.

La pharmaco et la matériovigilance sont gérées par le pharmacien. Les procédures d'alerte sanitaire sont rédigées, connues et exploitées. L'information est diffusée aux personnes concernées oralement ou par courrier. Chaque incident signalé fait l'objet d'une analyse et d'un plan d'amélioration, après évaluation du dysfonctionnement.

Il existe un comité du médicament qui élabore annuellement un livret du médicament. Le pharmacien analyse systématiquement toutes les ordonnances, la qualité de la prescription et conseille les prescripteurs ; la traçabilité de ces évaluations journalières est documentée.

I.1.10 Surveillance, Prévention et Contrôle du Risque Infectieux

La politique de maîtrise du risque infectieux est en place. Le pharmacien préside le comité de lutte contre les infections nosocomiales et l'infirmière hygiéniste assure la coordination. Il existe une infirmière référente en hygiène dans chaque secteur.

La commission médicale d'établissement et la commission du service de soins infirmiers ont été consultées sur la politique de maîtrise de risque infectieux qui a été approuvée par toutes les instances. Les protocoles rédigés ont été diffusés et sont tous accessibles. La formation en hygiène est assurée en interne.

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales se réunit deux fois par an et les référents en hygiène une fois par mois. Celui-ci donne son avis pour l'aménagement des locaux.

Il n'y a pas de secteurs à risques au centre psychothérapique de Nancy. Les infections nosocomiales sont analysées, la consommation d'antibiotique est suivie, mais le dispositif d'alerte en cas d'épidémie et de bactéries multirésistantes n'est pas formalisé.

Il existe des protocoles visant à limiter le risque infectieux et leur respect est évalué (lavage des mains). Les infections des professionnels font l'objet d'une prévention et d'une prise en charge, en particulier les accidents d'exposition au sang et aux fluides biologiques. La médecine du travail y est associée. Les personnels sont vaccinés.

Des protocoles gèrent le nettoyage, la désinfection, la décontamination, la stérilisation; des contrôles et tests sont effectués et la traçabilité est faite.

Les procédures de nettoyage des chambres ont été modifiées ; celles concernant la qualité de l'eau, l'élimination des déchets, l'entretien des locaux communs, le linge sont écrites et évaluées.

Au niveau de la restauration, la démarche *hazard analysis control critical point* a été jugée rigoureuse par les services vétérinaires.

Les résultats de toutes les actions d'évaluation sont transmis aux instances : commission médicale d'établissement, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, Direction, encadrement des services.

I.2 Synthèse selon les trois orientations stratégiques

I.2.1 Satisfaction des besoins du patient

Le centre psychothérapique de Nancy a inscrit dans ses priorités le respect des droits du patient. Les personnels sont formés et informés de cette priorité et la Direction à structurer cette garantie pour permettre de prendre en compte les avis et expression des usagers.

Cependant le consentement éclairé du patient ou de son représentant légal ainsi que la discussion bénéfique risques ne sont ni formalisés ni généralisés.

Si l'accueil de tous les patients est assuré, aussi bien en urgence qu'en activité programmée, cette possibilité est limitée par l'existence d'une liste d'attente, les difficultés d'accès aux handicapés, l'inconfort et l'exiguïté des locaux sur plusieurs sites.

La lutte contre le tabagisme peut encore s'améliorer.

La coordination des soins et l'appropriation de l'information par l'ensemble des personnels sont gênées par les inégalités des compétences informatiques, la dualité sensible du dossier du patient, et une certaine difficulté à partager l'information entre corps médical et équipes soignantes.

La satisfaction des besoins du patient est évaluée par une exploitation importante des questionnaires de sortie, impliquant l'ensemble des professionnels.

On ne relève pas de dysfonctionnement générant des ruptures de prise en charge grâce au dossier minimum commun informatisé théoriquement accessible à tous par l'utilisation de micro-ordinateurs portables ; ce point est particulièrement remarquable, compte tenu de la multiplicité des sites et des modes de prise en charge, et du caractère récurrent, voire chronique, de certaines pathologies.

I.2.2. Maîtrise des situations à risque

L'établissement a développé une politique de protocoles qui sont documentés, diffusés, utilisés et évalués.

Les procédures d'alerte sont gérées de la même façon. Les consignes de sécurité sont connues, appliquées, diffusées, avec un système de surveillance active renforcée.

Les vigilances sont actives et structurées. Le risque infectieux est prévenu et fait l'objet d'une prévention et de formations, sauf en ce qui concerne les épidémies et les bactéries multi-résistantes.

Le point le plus important à corriger est l'absence de système électrique de secours.

I.2.3 Dynamique de gestion de la qualité

La lecture du projet d'établissement 2001-2005 montre à quel point la culture d'amélioration continue de la qualité est une culture d'établissement depuis de nombreuses années. Le degré d'exploitation des questionnaires de sortie permet la prise en compte des points à améliorer.

Les nombreuses propositions d'actions dégagées par les groupes de travail sont en cours de réalisation après avoir été intégrées dans le projet. Les thèmes prioritaires dégagés sont pris comme indicateurs et font l'objet de propositions de formations. La coordination de toutes ces actions et leur regroupement vont constituer un programme annuel d'amélioration continue de la qualité, qui devra être complété par l'amélioration des conditions matérielles d'accueil et d'hospitalisation.

II DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation

- Rendre accessible l'ensemble des unités aux personnes handicapées ;
- Garantir l'intimité et le confort dans les unités d'hospitalisation ;
- Revoir les conditions d'accueil et d'hospitalisation à l'unité d'accueil des urgences psychiatriques ;
- Veiller au partage de l'information clinique avec le personnel soignant ;
- Renforcer les actions de lutte contre le tabagisme ;
- Elaborer un plan de formation médicale continue prenant en compte les besoins de l'institution ;
- Disposer d'une alimentation électrique de secours ;
- Elaborer un schéma directeur du système d'information ;
- Coordonner le suivi des actions du programme qualité et en assurer l'évaluation ;
- Formaliser le dispositif d'alerte en cas d'épidémie et d'identification des bactéries multi-résistantes.

Réserve formulée par le Collège de l'accréditation

- Recueillir le consentement du patient ou de son représentant légal, notamment pour la réflexion bénéfices/risques et, sous forme écrite, pour la recherche biomédicale.

II.2 Echéance de la prochaine procédure et modalités de suivi

Au vu des éléments contenus dans le présent compte-rendu d'accréditation issus des résultats de l'auto-évaluation, du rapport des experts consécutif à la visite des experts-visiteurs et des observations de l'établissement à ce rapport, le Collège de l'accréditation décide que le centre psychothérapique de Nancy a satisfait à la procédure d'accréditation.

Cependant le Collège, ayant émis une réserve sur le point mentionné ci-avant, un rapport de suivi sera produit par l'établissement sur le sujet concerné dans un délai de un an à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

A l'issue de la transmission du rapport de suivi, le Collège procédera à un réexamen de la situation de l'établissement pour déterminer le délai avant une nouvelle procédure d'accréditation.

PARTIE 4

SUIVI DES DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

I DEROULEMENT DE LA PROCEDURE DE SUIVI DES DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

Un rapport de suivi a été transmis à l'ANAES en **Septembre 2002**.

Ce rapport de suivi a été communiqué, pour délibération, au Collège de l'accréditation en **Décembre 2002**.

II CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

II.1 Rappel du libellé de la réserve

La réserve suivante a été émise par le Collège de l'accréditation :

- Recueillir le consentement du patient ou de son représentant légal, notamment pour la réflexion bénéfices-risques et, sous forme écrite, pour la recherche biomédicale.

II.2 Appréciation du collège

Cette réserve a été assortie d'une demande de rapport à fournir par l'établissement dans un délai d'un an.

L'établissement a effectivement adressé un rapport de suivi dans les délais impartis.

De ce rapport composé d'un rapport principal accompagné d'annexes, il ressort :

- que l'établissement a mis en place des groupes de travail issus des groupes d'auto-évaluation chargés de proposer des actions d'amélioration au comité de pilotage de la qualité. Deux groupes de travail ont ainsi été constitués, le premier travaillant sur le recueil du consentement, l'autre sur le consentement aux soins et actes médicaux incluant la réflexion bénéfices-risques. Ces groupes ont été constitués sur la base du volontariat et ont été multiprofessionnels ;
- que l'établissement a mis en place une méthodologie de suivi de projet dont les éléments figurent dans les annexes du rapport de suivi fourni par l'établissement.
- que le diagnostic de la situation initiale confirme le constat fait par les experts-visiteurs qui a justifié la réserve mise par le collège de l'accréditation ;
- que l'établissement a effectivement mis en place des actions correctives concernant le recueil du consentement écrit particulièrement pour la recherche biomédicale. Les consignes relatives à l'application des modalités réglementaires de la pratique des

- recherches biomédicales ont par ailleurs été rappelées aux praticiens par la direction ;
- que l'établissement a engagé une réflexion et des actions concernant l'information donnée aux patients et le recueil de son consentement.

Toutefois il apparaît à la lecture du rapport que la notion de consentement du patient risque d'être limitative à certains actes alors que celui-ci doit être donné pour tout acte ou traitement.

II.3 Décisions du Collège de l'accréditation

Au vu du rapport de suivi fourni par l'établissement, le Collège de l'accréditation décide de lever la réserve sus-mentionnée et émet la recommandation suivante :

- Recueillir le consentement du patient ou de son représentant légal, notamment pour la réflexion bénéfices-risques et, sous forme écrite, pour la recherche biomédicale.

La prochaine procédure d'accréditation aura lieu à l'échéance de 5 ans, à compter de la procédure initiale.