

**RAPPORT DE CERTIFICATION DU  
CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE  
DE NANCY**

**1, rue du Docteur-Archambault  
BP 1010  
54520 LAXOU**

**Juillet 2006**

---

# S O M M A I R E

---

<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>p.</b>	<b>5</b>	<b>Chapitre IV – Évaluations et dynamiques d'amélioration</b>	<b>p.</b>	<b>89</b>
<b>PARTIE 1</b>			A Pratiques professionnelles	p.	91
<b>DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION</b>	<b>p.</b>	<b>9</b>	B Ressources humaines	p.	96
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	11	C Fonctions hôtelières et logistiques	p.	97
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	13	D Système d'information	p.	98
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	17	E Qualité et gestion des risques	p.	99
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	17			
<b>PARTIE 2</b>			<b>PARTIE 3</b>		
<b>CONSTATATIONS PAR CHAPITRE</b>	<b>p.</b>	<b>19</b>	<b>COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES</b>	<b>p.</b>	<b>103</b>
<b>Chapitre I – Politique et qualité du management</b>	<b>p.</b>	<b>21</b>	I Commentaires synthétiques par type de prise en charge	p.	105
<b>Chapitre II – Ressources transversales</b>	<b>p.</b>	<b>33</b>	II Appréciation globale sur la dynamique qualité	p.	106
A Ressources humaines	p.	35	III Liste des actions exemplaires	p.	107
B Fonctions hôtelières et logistiques	p.	38			
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p.	40	<b>PARTIE 4</b>		
D Qualité et sécurité de l'environnement	p.	51	<b>DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	<b>p.</b>	<b>109</b>
E Système d'information	p.	53			
<b>Chapitre III – Prise en charge du patient</b>	<b>p.</b>	<b>59</b>	<b>INDEX</b>	<b>p.</b>	<b>113</b>
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p.	61			
B Parcours du patient	p.	64			

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

<b>Nom de l'établissement</b>	Centre psychothérapique de Nancy	
<b>Situation géographique</b>	<b>Ville</b> : Laxou <b>Département</b> : Meurthe-et-Moselle	<b>Région</b> : Lorraine
<b>Statut</b> <i>(privé-public)</i>	Établissement public de santé	
<b>Type de l'établissement</b> <i>(CHU, CH, CHS, HL, PSPH, établissement privé à but lucratif)</i>	Établissement public de santé mentale (CHS)	
<b>Nombre de lits et de places</b> <i>[préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)]</i>	Le CP de Nancy dispose de 679 lits et places autorisés/ARH au 31 décembre 2004	
<b>Nombre de sites</b> <i>(de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu)</i>	<p>Conformément à ses missions de santé mentale, le CP de Nancy est multisites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un site principal situé sur la commune de Laxou (agglomération de Nancy) ;</li> <li>- des sites localisés sur les différents secteurs de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie rattachés à l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nancy : centre de jour, centre de postcure,</li> <li>- Vandœuvre : unité d'hospitalisation de l'enfant et de l'adolescent,</li> <li>- Lunéville : unité d'hospitalisation pour adultes,</li> <li>- Pont-à-Mousson : unités d'hospitalisation pour adultes,</li> <li>- Maxéville : centre de jour,</li> <li>- Toul : centre de jour.</li> </ul> </li> </ul> <p>Auxquels s'ajoutent des centres médicopsychologiques pour l'offre de soins ambulatoires et de prévention.</p>	
<b>Activités principales</b> <i>(par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante)</i>	<p>Le CP de Nancy est un établissement de monoactivité consacré à la santé mentale. À ce titre, il a en charge 5 secteurs de psychiatrie adulte (correspondant à une population de 400 000 habitants) et 3 secteurs de pédopsychiatrie (correspondant à une population de 114 000 jeunes de 0 à 16 ans).</p>	

<p><b>Activités spécifiques</b> <i>(urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.)</i></p>	<p>En tant qu'établissement public de santé mentale, le CP de Nancy assure ses missions de service public centrées sur l'offre de soins psychiatriques pour les secteurs psychiatriques qui lui sont attachés.</p> <p>Par conséquent, il accueille et prend en charge les patients hospitalisés en HL, comme ceux hospitalisés sous contraintes (HDT et HO).</p> <p>À ce titre également, il participe à la prise en charge des détenus de la maison d'arrêt de Nancy.</p> <p>Dans le cadre de la politique de réseau développée notamment avec les centres hospitaliers généraux dont le CHU de Nancy, le CPN participe à l'accueil des urgences sur cinq sites :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- SAU et POSU du CHU de Nancy ;</li><li>- UPATOU d'une polyclinique de Nancy ;</li><li>- UPATOU des hôpitaux généraux de Lunéville et Pont-à-Mousson.</li></ul> <p>Cette politique comprend également une activité importante de psychiatrie « de liaison » avec les services de soins généraux et leurs équipes, activité intégrée à l'activité de secteur.</p>
<p><b>Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b></p>	<p>À ce jour, l'établissement n'a pas initié de démarche de reconnaissance externe de la qualité pour ses activités.</p>

<p><b>Coopération avec d'autres établissements</b> (GCS, SIH, conventions, etc.)</p>	<p>109 conventions de coopération sont signées à ce jour. Diversifiées, elles concernent des partenariats multiples avec des établissements de santé, du secteur médicosocial, du secteur social et diverses autres institutions.</p> <p><b>Champ psychiatrique</b></p> <p>Créée par convention du 4 novembre 2002 et agréée par l'agence régionale de l'hospitalisation le 4 mars 2003, une communauté d'établissements existe avec le centre hospitalier universitaire de Nancy et le centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port.</p> <p><b>Champ somatique</b></p> <p>Le CPN contribue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à la prise en charge des urgences psychiatriques au sein du service d'accueil des urgences et du POSU (centre hospitalier universitaire de Nancy), ainsi que pour l'UPATOU de la polyclinique de Gentilly à Nancy et des centres hospitaliers de Lunéville et Pont-à-Mousson ;</li> <li>- aux soins des détenus au sein de l'UCSA de la maison d'arrêt de Nancy ;</li> <li>- à la prise en charge des patients de la maternité régionale, du centre hospitalier universitaire de Nancy, des centres hospitaliers de Lunéville et de Pont-à-Mousson, du centre Alexis-Vautrin (centre anticancéreux).</li> </ul> <p><b>Champ médicosocial</b></p> <p>Le CPN a adhéré en 2004 au réseau de santé gérontologique du Grand Nancy dénommé réseau Gérard-Cuny qui associe les établissements de santé intervenant pour la prise en charge des personnes âgées (le CHU de Nancy, l'office d'hygiène sociale, la maison hospitalière Saint-Charles), mais aussi les services et associations participant à la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées, les professionnels de santé libéraux, les collectivités locales, les associations de bénévoles, les organismes de tutelle des secteurs sanitaires et sociaux et les caisses d'assurance-maladie, d'assurance vieillesse et organismes payeurs.</p> <p>En juin 2005, l'établissement a adhéré au réseau gérontologique du pays lunévillois.</p> <p><b>Champ social</b></p> <p>Les partenariats concernent notamment des associations d'usagers et de réinsertion ainsi que divers</p>
--	--

	<p>foyers et CHRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'association Espoir 54 dont l'objectif est d'accompagner et de soutenir les personnes en situation de handicap ;</li> <li>- l'association UNAFAM ;</li> <li>- l'association Ensemble dont les actions concernent plus particulièrement le domaine du logement, la gestion de lieux d'accueil et d'écoute, le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé et la promotion de la création artistique ;</li> <li>- l'association ARS (accueil réinsertion sociale) dont l'objectif est de résoudre les problèmes d'urgence sociale et d'orientation, de favoriser l'insertion sociale par l'hébergement et le logement, de préparer l'intégration professionnelle par l'emploi et la formation dans les structures adaptées et de traiter les problèmes de grande marginalité ;</li> <li>- des foyers, CHRS, maisons de retraite ou autres structures.</li> </ul> <p><b>Autres partenaires</b></p> <p>Police, justice, Éducation nationale.</p>
<p><b>Origine géographique des patients</b> <i>(attractivité)</i></p>	<p>Le CPN étant un établissement public de santé mentale, il participe à l'organisation sectorielle de la psychiatrie départementale pour laquelle il a en charge 5 secteurs de psychiatrie générale et 3 secteurs de pédopsychiatrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les secteurs de psychiatrie adulte : 54G01, 54G02, 54G03, 54G04, 54G05 ;</li> <li>- les secteurs de pédopsychiatrie : 54I01, 54I02, 54I04.</li> </ul> <p>Ponctuellement, il accueille des patients d'autres secteurs ou région (patients hors secteur).</p>
<p><b>Transformations récentes</b> <i>(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</i></p>	<p>La transformation récente réalisée courant 2005 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la restructuration de 8 à 10 lits de l'unité d'hospitalisation du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent situé sur le CHU de Nancy (intersecteur 54I04) ;</li> </ul> <p>Les projets à court terme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le déménagement dans des locaux rénovés de deux unités de soins « l'unité 1 » du secteur 54G01 et « l'unité 2 » du secteur 54G02.</li> </ul>

**PARTIE 1**  
**DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION**

## I Historique et organisation de la démarche qualité

La démarche qualité a été engagée dès les années 1990 autour de thèmes identifiés comme prioritaires par les différents services, centrés notamment sur la qualité et l'évaluation des soins infirmiers.

Progressivement, des groupes transversaux se sont mis en place, axés sur des fonctions logistiques ou des thématiques spécifiques comme la gestion de la violence et de l'agressivité.

Étape essentielle de cette politique, la première démarche d'accréditation réalisée en 2000, a amené l'établissement à repenser la coordination et le suivi transversal des différentes actions d'amélioration.

À cet effet, l'établissement a réorganisé sa démarche autour d'une structure de pilotage et de coordination.

Cette évolution s'est réalisée en deux temps.

Dans un premier temps, cette structure a reposé sur un responsable qualité recruté en 2002, rattaché à la direction des affaires générales.

Dans un second temps et afin de poursuivre le développement et d'institutionnaliser davantage la politique qualité, une véritable direction stratégique a été mise en place en 2003 : la direction des usagers, de la qualité et de la communication (la DUCQ).

En 2004, un assistant qualité est venu compléter l'équipe et les compétences spécifiques relatives à la sécurité de l'environnement.

Intégrée à ce dispositif en 2004, la cellule qualité a également évolué récemment tant dans sa composition avec une représentation importante des usagers (7 sur 17 membres) que dans ses missions qui se sont élargies avec l'approche qualité de l'établissement et se sont ouvertes aux évolutions apportées par l'accréditation en matière d'évaluation des pratiques. La cellule qualité a été transformée en comité opérationnel de coordination, de l'évaluation et de la prospective en qualité.

À l'image de la structure, le pilotage de la qualité a été repensé.

Si le comité de pilotage mis en place lors de la 1<sup>re</sup> itération a été pérennisé, il peut s'appuyer aujourd'hui sur une direction stratégique identifiée institutionnellement pour conduire, coordonner et mettre en œuvre la politique qualité.

D'autre part, comme la cellule qualité, sa composition a été remaniée.

Il intègre désormais un représentant des usagers, un médecin non hospitalier ayant participé aux travaux d'autoévaluation et les trois composantes des représentants des personnels.

Favorisées par cette organisation, la sensibilisation et la motivation des personnels reposent notamment sur une politique de communication et de formation régulière sur la qualité.

Concernant la communication, des supports d'information papiers comme la lettre qualité *Quali info*, et informatique (intranet) complètent les différentes réunions d'information mises en place pour l'ensemble des personnels.

Concernant la formation des professionnels à la qualité, des axes spécifiques et ciblés ont été développés.

Il s'agit notamment de la constitution d'une équipe pluriprofessionnelle d'une quarantaine d'auditeurs internes, formés à la conduite d'audits dont certains à l'audit clinique, représentant un élément essentiel de la dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles.

Au service de ces compétences collectives, l'établissement se dote progressivement de moyens matériels et informatiques pour faire évoluer et conforter sa démarche qualité.

La mise en œuvre d'un logiciel de pilotage de la qualité est en voie de réalisation, ainsi que le logiciel de gestion des événements indésirables et des risques.

Cette organisation repose sur l'adhésion des acteurs qui se montre réelle et présente à tous les niveaux.

Mobilisés par une direction particulièrement engagée dans un mode de management ciblée sur la qualité des prestations offertes aux patients, les personnels, soutenus par l'encadrement, ainsi que le corps médical participent activement aux démarches d'amélioration et au développement des processus d'évaluation.

L'établissement est membre du réseau régional ÉVALOR qui regroupe différents acteurs autour de la qualité et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

La procédure d'accréditation a notamment permis d'initier les premières mesures du service rendu médical dans une approche pluriprofessionnelle.

Les bases d'un processus reproductible d'évaluation des pratiques sont ainsi posées.

Elles s'inscrivent dans la conduite du programme d'amélioration de la qualité dont les actions prioritaires ont été principalement relevées à partir des conclusions du premier rapport d'accréditation, complétées par celles des différents audits internes mis en œuvre depuis 2002.

Les résultats de l'auto-évaluation de la présente itération sont d'ores et déjà intégrés dans le nouveau programme récemment validé par les instances.

Les actions en cours de concrétisation relatives à la gestion des risques, notamment pour ce qui concerne le signalement des événements indésirables devraient permettre l'évolution nécessaire dans ce domaine.

## II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation

Niveau de décision (recommandation/ réserve)	Libellé de la décision	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires de l'ES	Appréciation des EV
<p><b>Réserve</b> transformée en <b>recommandation</b> après rapport de suivi</p>	<p>Recueillir le consentement du patient ou de son représentant légal, notamment pour la réflexion bénéfico-risque et, sous forme écrite, pour la recherche biomédicale</p>	<p>oui</p>	<p>Les actes qui requièrent un consentement écrit pour des motifs réglementaires font l'objet de formulaires spécifiques. Ces formulaires ainsi qu'une procédure « information – consentement » ont été mis en œuvre sous forme papier et informatisée. L'analyse bénéfico-risque fait l'objet de champs spécifiques et incontournables dans le dossier du patient informatisé qui permettent une édition de l'historique de l'ABR, de l'information et des consentements recueillis. Un audit a été mené en 2004 sur l'information au patient et le recueil du consentement sur une partie des unités. Le projet est de l'étendre à l'ensemble de services. Une communication sur le thème du consentement a été diffusée dans la lettre qualité <i>Quali info 2</i>. Une formation à 150 personnes a été réalisée. Un diaporama de sensibilisation sur le thème est disponible sur intranet. L'évaluation régulière du dossier du patient inclut cette composante.</p>	<p>Les experts-visiteurs ont pu constater les différentes actions d'amélioration énoncées par l'établissement. L'établissement mène une politique de sensibilisation importante sur le thème, politique partagée par le corps médical et les professionnels.</p>

Niveau de décision (recommandation/ réserve)	Libellé de la décision	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires de l'ES	Appréciation des EV
<b>recommandation</b>	Rendre accessible l'ensemble des unités aux personnes handicapées	oui	L'audit mené en 2004 sur les conditions d'accessibilité des différents bâtiments et locaux de l'établissement mené en lien avec l'association de médiation et d'information sur le handicap (AMIH) a permis d'établir un programme pluriannuel de travaux. Ce programme en cours de réalisation est suivi par un tableau de bord précisant l'état d'accessibilité des locaux. Une procédure est en place afin de garantir une alternative aux personnes handicapées pour les besoins d'accès dans des bâtiments non rénovés.	Les experts-visiteurs ont pu constater que le programme de rénovation des locaux incluait l'accessibilité des bâtiments. L'importance et la diversité des sites ne facilitent pas la réalisation exhaustive des travaux requis.
<b>recommandation</b>	Garantir l'intimité et le confort dans les unités d'hospitalisation	oui	Un référentiel d'évaluation du respect de l'intimité, de la dignité et du confort de l'usager en santé mentale interne à l'établissement a été élaboré. Une démarche d'évaluation par audit a été initiée en 2004 sur une partie des unités de soins.	Les experts ont pu constater la mise en œuvre du référentiel qualité d'évaluation du respect du patient et les résultats de l'audit mené en juin 2004. Comme pour l'accessibilité des locaux, les conditions architecturales hétérogènes laissent apparaître encore des bâtiments qui ne favorisent pas le respect de l'intimité et de la dignité des personnes accueillies. Le programme de rénovation en cours améliore progressivement les conditions matérielles et de confort
<b>recommandation</b>	Revoir les conditions d'accueil et d'hospitalisation à l'unité d'accueil des urgences psychiatriques	oui	Le déménagement prévu en 2005 a été récemment réalisé.	Les experts ont constaté la nouvelle installation du service d'accueil et d'urgence psychiatrique, dans des locaux conformes aux conditions requises d'accueil et d'hospitalisation.

Niveau de décision (recommandation/ réserve)	Libellé de la décision	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires de l'ES	Appréciation des EV
<b>recommandation</b>	Veiller au partage de l'information clinique avec le personnel soignant	oui	Un audit a été réalisé en 2004. Le partage de l'information clinique concernant les patients hébergés hors de leur secteur psychiatrique d'origine a été inclus dans le PAQ 2003.	Les experts ont constaté la réalisation de l'audit en 2004 et les conclusions positives, avec un suivi et une démarche d'amélioration à poursuivre. La mise en œuvre du dossier du patient informatisé a favorisé le partage des informations cliniques.
<b>recommandation</b>	Renforcer les actions de lutte contre le tabagisme	oui	Un comité local de prévention du tabagisme est en place. Un plan stratégique de réduction du tabagisme 2005 2009 a été élaboré	Certaines unités appliquent aujourd'hui une interdiction totale de fumer dans les locaux, tant pour le personnel que pour les patients hospitalisés. Le respect de la politique antitabac de l'établissement reste inégal.
<b>recommandation</b>	Élaborer un plan de formation médicale continue prenant en compte les besoins de l'institution	oui	réalisé	Réalisé et fonctionnel
<b>recommandation</b>	Disposer d'une alimentation électrique de secours	oui	réalisé	réalisé
<b>recommandation</b>	Élaborer un schéma directeur du système d'information	oui	Réalisé Un nouveau schéma sera très prochainement à l'étude dans le cadre de l'élaboration du nouveau projet d'établissement.	réalisé
<b>recommandation</b>	Coordonner le suivi des actions du programme qualité et en assurer l'évaluation	oui	La politique qualité et le programme qui en découle repose notamment sur une structure qualité. Des démarches d'évaluation ont été développées.	Les experts-visiteurs ont constaté l'opérationnalité de la structure qualité mise en place depuis 2003 qui assure notamment la coordination des démarches qualité entreprises et le

Niveau de décision (recommandation/ réserve)	Libellé de la décision	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires de l'ES	Appréciation des EV
				<p>développement de leur suivi et de la politique d'évaluation.</p> <p>Cette politique repose particulièrement sur le développement d'une stratégie d'audit interne pour laquelle l'établissement s'est donné les moyens : formation d'auditeurs internes, logiciel de traitement des informations statistiques notamment.</p> <p>Le programme informatisé de pilotage de la qualité devrait contribuer à l'évolution de la coordination des actions.</p>
<b>recommandation</b>	Formaliser le dispositif d'alerte en cas d'épidémie et d'identification des bactéries multirésistantes	oui	Des procédures d'alerte spécifique à certaines épidémies sont en place.	<p>Après une reformulation centrée sur une généralisation des éléments, ces procédures spécifiques présentent d'ores et déjà, les modalités à mettre en œuvre pour toute épidémie.</p> <p>Une simple reformulation que l'établissement s'est engagé à faire rapidement permettra d'aboutir à un document d'alerte standard et applicable pour toute épidémie.</p>

### III Association des usagers à la procédure d'accréditation

Dans la logique de leur participation active à la vie institutionnelle dans le cadre de la représentation réglementaire, ainsi que de leur association au pilotage de la qualité au sein de l'établissement, les usagers ont été particulièrement associés à la démarche d'accréditation.

8 représentants ont ainsi contribué à la conduite de la démarche, un en tant que membre du comité de pilotage, les sept autres en tant que membre du comité opérationnel de coordination, d'évaluation et de la prospective en qualité.

Par ailleurs, les groupes de synthèse ont tous comporté au moins un représentant des usagers ou un usager.

D'autre part, les représentants des usagers ont été inclus dans la réflexion menée au sein du COCEP et de la commission de conciliation devenue CRUQPEC sur des références spécifiques en lien avec les droits des usagers (références 2, 26, 31 et 51).

Volontairement développée par les dirigeants de l'établissement, cette représentation est diversifiée. Elle se compose notamment de :

- quatre représentants des usagers au titre de l'UNAFAM (délégué régional) et membre du CA ;
- deux usagers et un représentant de l'association de réinsertion « Espoir 54 » ;
- un représentant des usagers au titre de l'association accueil et réinsertion sociale (ARS), membre du CA.

Deux patients ont été associés aux travaux d'auto-évaluation.

Au-delà des limites de la procédure d'accréditation, l'association des usagers et de leurs représentants à tous les stades de la politique qualité représente un axe fort de la dynamique recherchée par l'établissement.

Ils sont ainsi acteurs :

- au sein de l'instance de pilotage ;
- au sein du comité de coordination et d'évaluation de la qualité ;
- au sein des groupes thématiques qualité mises en œuvre auxquels leur présence et leur contribution apparaissent significatives
- au sein de l'équipe pluriprofessionnelle d'auditeurs.

### IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité

La fiche navette relevant le bilan des différents contrôles relatifs à la sécurité sanitaire a été présentée aux EV, renseignées par l'établissement et complétées des observations de la MRIICE.

Parmi ces observations, les experts-visiteurs ont pu relever :

- circuit du médicament : signalement de l'enquête de l'IRP en date du 1<sup>er</sup> août 2005 qui concernait la rétrocession, enquête non signalée par l'établissement ;
- collecte et gestion des déchets à risque : signalement d'informations enregistrées dans la base de données régionales datant de 2003 et indiquant une élimination conforme, informations non relevées par l'établissement.

L'établissement a indiqué aux experts-visiteurs au cours de la visite que les actions de prévention notées « en cours » dans la fiche navette concernant le risque lié à l'inhalation de poussière d'amiante étaient maintenant réalisées.

**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	<p>Le projet d'établissement en cours se termine en 2005. Le COM signé en 2002 s'achèvera en 2006.</p> <p>Un comité de pilotage de préparation du projet 2006-2010 s'est réuni régulièrement durant l'année. Les premières orientations stratégiques ont été définies. Elles prennent en compte celles du SROS et les résultats d'études sur les besoins de la population.</p> <p>Les différentes composantes, notamment le projet médical, de soins, et social de ce nouveau projet sont en cours de réflexion.</p>	B
1 b	Les orientations stratégiques organisent la complémentarité avec les autres établissements du territoire de santé et la participation aux réseaux de santé	Les orientations stratégiques de l'établissement prévoient la poursuite et/ou la mise en œuvre de partenariats formalisés avec d'autres établissements ainsi que la 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	<p>Le processus d'élaboration des orientations stratégiques et du projet d'établissement est en cours, piloté par un comité associant les instances (CME, CTE) et les représentants des usagers dont l'implication est effective.</p> <p>Les modalités de communication sur les orientations stratégiques restent à préciser à l'occasion du prochain projet d'établissement.</p>	B
1 d	La direction et les responsables mettent en œuvre leur politique en conformité avec les orientations stratégiques	<p>Des objectifs opérationnels et les moyens nécessaires à la mise en œuvre ont été formalisés dans le COM.</p> <p>Les modalités d'informations et de suivi n'ont pas été définies dans tous les domaines, et l'appropriation des orientations stratégiques par les responsables est variable.</p> <p>La réflexion sur le projet d'établissement en cours d'élaboration devrait permettre de définir des actions d'information et de suivi.</p>	B

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	<p>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. En 2002, l'établissement a créé une direction des usagers qualité communication (la DUCQ). la commission des relations avec les usagers et d'évaluation de la qualité de la prise en charge vient d'être mise en place.</p> <p>Le livret d'accueil rappelle l'ensemble des droits du patient.</p> <p>Il existe un référentiel d'évaluation du respect de l'intimité, de la dignité et du confort de l'utilisateur.</p> <p>La réalisation partielle du plan directeur n'a pu jusqu'à aujourd'hui généraliser et garantir pour tous les patients des conditions d'hébergement conforme aux droits attendus pour les patients.</p>	B
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée	<p>Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression. Des locaux adaptés sont disponibles à cet effet. Le recueil des suggestions et des plaintes est organisé.</p>	A
2 c	Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite	<p>La réflexion éthique n'est pas encore organisée. La commission des soins infirmiers de l'établissement souhaite engager cette réflexion en relation avec le comité consultatif lorrain d'éthique médicale.</p> <p>L'établissement devra organiser une réflexion éthique centrée sur la prise en charge médicale et paramédicale du patient.</p>	C
2 d	La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients	<p>La politique hôtelière n'est pas formalisée, mais cependant de nombreuses actions ont été mises en place. Il existe un groupe de travail « fonction hôtelière » et des référents restauration dans les unités.</p> <p>Une attention particulière est portée à la qualité de la restauration.</p> <p>Le recueil de la satisfaction des usagers est assuré et les attentes et les besoins des patients sont pris en compte.</p> <p>La qualité hôtelière des locaux est améliorée lors des restructurations des services.</p>	B

Réf. 2	<b>L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage</b>		<b>Cotations</b>
2 e	Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement	Les représentants d'usagers sont désignés. Ils siègent aux instances et participent à la vie de l'établissement et aux démarches qualité. Leur avis est pris en compte pour améliorer le service rendu au patient.	A

Réf. 3	<b>La politique des ressources humaines est en conformité avec les missions et les orientations stratégiques de l'établissement</b>		<b>Cotations</b>
3 a	Les responsabilités dans la gestion des ressources humaines sont identifiées	<p>Les responsabilités en matière de gestion des ressources humaines (GRH) sont formalisées et l'organigramme est affiché.</p> <p>Le service de la GRH est présenté à l'ensemble des personnels lors du recrutement. Les mouvements de personnes sont annoncés dans le journal interne « CPN infos ».</p> <p>Le nouveau livret d'accueil du personnel en cours d'élaboration devrait également participer à la communication de ces informations.</p> <p>Les fiches de poste qui précisent les liens hiérarchiques ne sont pas généralisées.</p>	B
3 b	Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement	<p>Il existe une politique d'anticipation quantitative des besoins en personnel. Les tableaux de bord sont en place pour suivre l'état des effectifs, notamment l'absentéisme.</p> <p>Le plan de formation tient compte des besoins institutionnels.</p> <p>Les ressources humaines s'emploient à adapter les compétences aux différents projets par la définition des qualifications professionnelles nécessaires spécifiquement au fonctionnement de certains services.</p> <p>Cette dimension anticipatrice reste à développer.</p> <p>Les professionnels des ressources humaines se forment à la GPEC, ce qui devrait favoriser la mise en œuvre d'une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.</p>	B
3 c	L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines	<p>Le document unique relatif aux risques professionnels a été réalisé, suivi d'un programme d'actions de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail ajusté régulièrement.</p> <p>Les instances, en particuliers le CHSCT, sont impliquées dans cette démarche.</p> <p>Des groupes de travail sur la violence, l'usure professionnelle et les risques liés au tabac ont été créés.</p> <p>Il reste à mettre en place un plan de suivi des actions et leur évaluation.</p>	B
3 d	La motivation des personnels est recherchée en favorisant leur adhésion et leur implication	<p>Des modalités de motivation sont en place en termes de formation, recherche de satisfaction au travail, stratégie d'amélioration des conditions de travail, supervision clinique.</p> <p>La disponibilité des cadres est encouragée pour assurer une écoute aidante aux difficultés des professionnels.</p> <p>La mobilité et la promotion interne sont favorisées autant que possible.</p>	B

Réf. 3	La politique des ressources humaines est en conformité avec les missions et les orientations stratégiques de l'établissement	Cotations
	Les activités particulières des professionnels sont valorisées par leur communication dans le journal interne. L'évaluation de la satisfaction des personnels au travail n'est pas réalisée.	

Réf. 4	<b>La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement</b>		<b>Cotations</b>
4 a	Le schéma directeur du système d'information s'appuie sur les orientations stratégiques de l'établissement	Le schéma directeur a été élaboré et approuvé en s'appuyant sur l'identification et la hiérarchisation des besoins stratégiques de l'établissement en information.	A
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 SI sont définis et hiérarchisés à partir d'une identification des domaines et processus à optimiser, en tenant compte de la maturité du marché. Les différents utilisateurs y sont associés.	A
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	La mise en place d'un groupe projet pour l'élaboration du cahier des charges a permis de prendre en compte les besoins exprimés par les utilisateurs. Les produits installés ont fait l'objet de présentations aux utilisateurs avant le choix définitif. L'efficacité de ces méthodes de conduite de projet reste à évaluer.	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 du patient cohérente avec les orientations stratégiques s'est mise en place progressivement en associant les instances et les professionnels concernés. Elle favorise la confidentialité, la fiabilité des informations ainsi que la coordination des professionnels des secteurs d'activité. Cette politique devrait être formalisée globalement dans le nouveau projet d'établissement en intégrant l'accessibilité et le stockage des informations.	B

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	Le projet d'établissement 2001-2005 ne définissait pas de politique de communication, cependant une dynamique importante a été impulsée. En 2002, la communication a été rattachée à une direction fonctionnelle, la direction des Usagers, de la qualité et de la Communication. Les actions sont nombreuses et les supports variés tant en interne qu'en externe. Le plan de communication et la définition des objectifs qui ne sont pas formalisés, devraient l'être dans le nouveau projet d'établissement.	B
5 b	Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement	La formalisation de l'organisation de la communication s'est mise en place dans l'établissement en 2002 avec la création de la DUQC. Les orientations stratégiques, leurs mises en œuvre et leurs résultats sont insuffisamment connus de l'ensemble des professionnels. L'établissement devra développer son nouveau plan de communication autour du projet d'établissement.	C
5 c	La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes	L'établissement développe une réelle politique de communication avec le public et les correspondants externes. Les moyens d'actions sont identifiés et nombreux. Reste à en définir les objectifs stratégiques et en préciser les publics cibles.	B

Réf. 6	<b>L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques</b>		<b>Cotations</b>
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	En matière d'amélioration de la qualité, les objectifs de l'établissement sont définis et hiérarchisés de manière concertée entre la direction et les instances. Une direction des usagers, de la qualité et de la communication élabore et assure le suivi des programmes d'actions qualité. En matière de gestion des risques les priorités et les objectifs sont formalisés.	B
6 b	La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles	L'EPP a été intégrée dans la démarche d'amélioration de la qualité. L'établissement a formé une équipe d'auditeurs pluridisciplinaires, des communications sont réalisées, l'encadrement et les instances sont impliqués. Le projet d'établissement en cours d'élaboration devrait formaliser la stratégie de développement de l'EPP.	B
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	<p>Un retraitement comptable annuel permet de connaître la structure des coûts par activité. Certaines dépenses font l'objet de suivi mensuel et sont communiquées aux responsables de services. Il n'y a pas encore d'objectifs fixés par secteurs d'activité. Dans le cadre de la réforme du financement de la psychiatrie, l'établissement envisage d'élaborer des tableaux de bord de suivi d'activité et de coût par pôle d'activité.</p> <p>L'établissement n'a pas défini les responsabilités des responsables des secteurs d'activité dans la maîtrise des coûts ainsi que leur contribution et les objectifs de productivité qu'elles comportent.</p> <p>L'établissement devra définir les responsabilités dans la maîtrise des coûts des activités.</p>	C
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	<p>Il n'existe pas d'équipement lourd dans l'établissement. Cependant, une optimisation est recherchée à différents niveaux. Certains matériels sont en utilisation partagée ; les examens de laboratoire et d'électroconvulsivothérapie sont réalisés en partenariat avec le CHU.</p> <p>Il n'existe pas d'outils de gestion pour le suivi de cette mutualisation.</p>	B

**CHAPITRE II**  
**RESSOURCES TRANSVERSALES**

**A – RESSOURCES HUMAINES**

<b>Réf. 8</b>	<b>Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement</b>		<b>Cotations</b>
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	L'établissement a organisé une formation aux membres des conseils de service et réunion d'expression directe. L'encadrement est facilement accessible pour toute rencontre des agents ou des diverses organisations. Le suivi de ces actions n'est pas assuré.	B

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. Le livret d'accueil des salariés est en cours de réactualisation. Des journées d'accueil sont organisées plusieurs fois par an. Il reste à mettre en place l'évaluation de ces mesures et de leur impact.	B
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 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.). Le dispositif pédagogique et l'impact sur les compétences recherchées ne sont pas mesurés.	B
9 d	L'évaluation des personnels est mise en œuvre	Un entretien annuel de notation est réalisé pour la quasi-totalité des agents. Il n'existe pas de référentiel d'évaluation. Il n'existe pas de grille d'entretien sauf pour les cadres supérieurs. Le plan de formation continue 2006 prévoit des actions de formation des évaluateurs.	C
9 e	La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles	Outre la charte informatique s'appliquant à tous les utilisateurs du système d'information, Il existe une procédure de gestion des droits d'accès de l'application ressources humaines. La gestion et le circuit des dossiers administratifs des personnels garantissent la confidentialité des informations. La configuration des locaux ne favorise pas la confidentialité des échanges entre les personnels et les agents de la DRH. Des travaux en programmation devraient remédier à ce problème.	B

Réf. 10	<b>Les fonctions hôtelières assurées par l'établissement ou externalisées sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage</b>		<b>Cotations</b>
10 a	Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité du patient	Un référentiel d'évaluation du respect de l'intimité et de la dignité du patient a été élaboré, et a servi de référence pour l'audit des pratiques réalisé en 2004. Une formation sur les droits des patients hospitalisés est régulièrement inscrite au plan de formation. Intégrant dans ses objectifs d'amélioration des locaux le respect de l'intimité et de la dignité du patient, la réalisation du plan directeur pluriannuel se poursuit. Cependant, les conditions d'hébergement restent très inégales selon les unités de soins.	C
10 b	Les conditions d'hébergement des personnes handicapées ou dépendantes sont adaptées	La réalisation du plan pluriannuel des travaux de rénovation des bâtiments permet leur adaptation progressive à l'accueil et la prise en charge des personnes handicapées. La mise en œuvre de ce plan fait l'objet d'un suivi. L'établissement devra poursuivre sa politique de rénovation des locaux pour assurer à terme des conditions d'hébergement favorable à l'accueil des handicapés dans toutes les structures de soins.	C
10 c	La prestation restauration répond aux besoins nutritionnels spécifiques, et prend en compte les préférences et les convictions du patient	Les besoins nutritionnels spécifiques, les préférences et les convictions sont identifiés et pris en compte. Les professionnels des différents secteurs y contribuent de façon coordonnée.	A
10 d	Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants	Face à une demande rarissime, l'établissement ne s'est pas doté de locaux d'hébergement pour les accompagnants. Des repas peuvent leur être proposés.	B

**B – FONCTIONS HOTELIERES ET LOGISTIQUES**

Réf. 11	<b>Les fonctions logistiques, assurées par l'établissement ou externalisées, sont organisées pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations</b>		<b>Cotations</b>
11 a	La qualité et l'hygiène de la restauration sont assurées	<p>Le système d'assurance qualité comporte l'existence d'une démarche HACCP intégrant la mise en œuvre de protocoles, le suivi qualité par contrôles et audits des pratiques réguliers, la formation des personnels de cuisine.</p> <p>Le transport et la distribution sont sécurisés.</p> <p>Les prestations prennent en compte les attentes des patients en relation avec les services et la diététicienne. Le système HACCP au sein des unités pour ce qui concerne la distribution des repas et l'animation des ateliers cuisine à visée thérapeutique n'est pas garanti.</p>	B
11 b	La qualité et l'hygiène en blanchisserie, et dans le circuit de traitement du linge, sont assurées	<p>L'initialisation de la mise en place de la démarche qualité RABC est prévue début 2006 pour être opérationnelle en 2007.</p> <p>Une charte qualité formalise les relations clients-fournisseurs entre la lingerie et les unités de soins. Un audit interne a été réalisé en 2004.</p> <p>Il a été suivi d'actions d'amélioration sur des points identifiés comme prioritaires.</p> <p>Aucun contrôle bactériologique n'est réalisé.</p> <p>Les circuits de circulation dans les locaux de la buanderie lingerie ne respectent pas la séparation des zones sales et propres. La gestion du linge dans les unités de soins, notamment du linge personnel des patients ne garantit pas le respect des règles de bonne pratique en matière d'hygiène. L'entretien des véhicules de transport du linge en matière de nettoyage est protocolisés, la traçabilité récemment mise en place reste à faire évoluer.</p>	C
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	<p>Suite à un audit interne, un plan d'amélioration a été mis en place en 2004.</p> <p>Les actions ont porté notamment sur l'accompagnement soignant, et l'hygiène des véhicules.</p> <p>Les protocoles de nettoyage des véhicules ont été récemment actualisés en y intégrant la traçabilité.</p> <p>La confidentialité des documents médicaux pendant les transports demande à être consolidée.</p>	B

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	L'organisation de l'approvisionnement des services répond aux besoins et attentes des utilisateurs. Leur fréquence est définie, et les circuits et modalités de commande sont formalisés et connus des professionnels. L'approvisionnement en urgence est assuré, il n'est pas formalisé.	B

## C – ORGANISATION DE LA QUALITE T DE LA GESTION DES RISQUES

Réf. 13	Un système de management de la qualité est en place		Cotations
13 a	L'écoute des patients est organisée	<p>Une politique d'évaluation des attentes des patients est en place au travers des questionnaires de sortie et de leur analyse, complétée par des enquêtes de satisfaction thématiques.</p> <p>La participation des usagers et de leurs représentants aux deux instances de la structure qualité traduit la contribution active des patients dans la dynamique qualité. L'expression critique par les plaintes et réclamations demande une évolution de leur exploitation transversale comme outil d'identification des axes prioritaires à améliorer.</p> <p>L'établissement a pour projet de développer cette analyse collective.</p>	B
13 b	Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps	<p>Il existe un plan pluriannuel d'amélioration de la qualité.</p> <p>Il est piloté par le COCEP et le COPIL qui en hiérarchise les actions et en assure le suivi. Les actions sont objectivées. Les indicateurs de mesure des résultats atteints ne sont pas systématiquement définis.</p> <p>Une lettre qualité <i>Quali info</i> est publiée régulièrement.</p>	B
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	L'établissement analyse les besoins de formation à la qualité et met en œuvre une formation adaptée aux besoins du programme qualité.	A
13 e	Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé	<p>La déclinaison des axes d'amélioration qualité transversaux dans les différents secteurs repose notamment sur des groupes qualité, les cadres des services et le système de communication verticale et transversale entre la direction et les responsables opérationnels.</p> <p>À la mise en place d'un maillage institutionnel assuré par des référents qualité par service, l'établissement a préféré pour contribuer également au déploiement du programme qualité, positionner systématiquement des référents sur des actions</p>	B

Réf. 13	Un système de management de la qualité est en place		Cotations
		<p>qualité ciblées. À leur initiative, quelques services développent des actions qualité.</p>	
13 f	La gestion documentaire est organisée	<p>L'établissement a organisé son système de gestion documentaire. Malgré un réseau de référents documentaires formés au préalable qui assure le déploiement de la gestion documentaire au sein des services, un travail d'appropriation de la documentation reste à faire de la part des personnels. Le système documentaire double, papier sur la base d'un « classeur système documentaire » et d'une base informatique intranet assure une accessibilité aux documents interne et externe nécessaire aux professionnels.</p>	B
13 g	Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré	<p>Le suivi du PAQ est assuré au niveau de la direction qualité et du COCEP. Qui impliquent de par sa composition les principaux responsables institutionnels, notamment médicaux et paramédicaux. Annuellement, un bilan des actions menées est intégré au rapport d'activité de l'établissement. Un outil informatique de suivi du plan est en cours de finalisation pour une mise en service début 2006, ce qui favorisera la communication et l'implication des acteurs.</p>	B

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
14 a	Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées	<p>Le document unique existe depuis 2003.</p> <p>L'information en matière de gestion des risques est partagée au cours des réunions de direction qui rassemblent les différents acteurs responsables de la prévention des risques au sein de l'établissement.</p> <p>Le projet d'organiser la coordination de l'ensemble des risques est en cours de finalisation.</p> <p>Ce projet repose sur une centralisation du signalement des événements indésirables et de leur exploitation, concernant notamment les risques majeurs.</p>	C
14 b	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a priori</i> les risques	<p>Une analyse des dysfonctionnements est réalisée par les différents responsables sur la base des rapports d'incidents et d'accidents concernant leur domaine de compétences.</p> <p>Une identification et une analyse structurée des risques, objectivée sur une gestion <i>a priori</i> ne sont pas en œuvre à ce jour.</p> <p>Les audits internes réalisés contribuent à en initier l'approche. Le développement de cette approche est subordonné à la mise en service et l'exploitation du système de signalement en ligne centralisé au niveau de la DUCQ.</p>	C
14 c	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques	<p>La mise en œuvre et l'exploitation d'audits suite à certains incidents ou risques survenus, les études de résolution de problèmes menées suite à un incident ou accident contribuent à identifier et analyser les risques <i>a posteriori</i>.</p> <p>La gestion globalisée des risques et des vigilances est en cours de mise en place par l'installation début 2006 du dispositif de signalement informatique des événements indésirables et des risques.</p>	C
14 d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter	<p>Un PAPRIACT existe, il ressort d'une analyse et d'une hiérarchisation des risques professionnels.</p> <p>Les instances qualités décisionnelles et opérationnelles tiennent compte de l'analyse des risques pour arrêter les objectifs annuels d'amélioration.</p> <p>L'établissement devra établir une hiérarchisation des risques et une priorisation des</p>	C

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
		actions de prévention à entreprendre.	
14 e	La gestion d'une éventuelle crise est organisée	Une étude est initiée pour organiser la gestion d'une crise. Elle est intégrée au travail entrepris en ce qui concerne les plans d'urgence et notamment le plan blanc. L'établissement devra poursuivre l'élaboration de son organisation concernant la gestion de crise	C
14 f	L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place	Le plan blanc est en cours d'étude. L'établissement devra poursuivre la mise en place d'une organisation des plans d'urgence.	C

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'organisation des vigilances et les modalités de signalement sont disponibles dans le livret du médicament et sur intranet. Les documents sont à disposition dans les services. La connaissance des professionnels de ces procédures est à améliorer.	C
15 b	La traçabilité des produits de santé est assurée	La traçabilité de la prescription à l'administration des médicaments dérivés du sang humain est assurée. Une procédure de délivrance des produits est en place. L'information figure dans le livret d'accueil. La connaissance des professionnels de ces modalités n'a pas été évaluée.	B
15 c	Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place	La réception et la réponse à une alerte sanitaire éventuelle sont organisées 24 heures/24. Les procédures de conduite à tenir en cas d'alerte sont en place à la pharmacie. Les responsabilités des professionnels concernés par les alertes sanitaires sont identifiées. La fonctionnalité de l'organisation en place est variable, l'opérationnalité n'a pas été évaluée.	C
15 d	La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée	Les vigilances sont coordonnées entre elles, facilité par l'engagement de la pharmacie dans le dispositif des vigilances. L'approche globale de la gestion des risques reste à mettre en œuvre, le projet prévu pour 2006 intégrera les vigilances.	C
15 e	Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilances	La coordination entre les vigilants de l'établissement et les structures régionales se limite aux déclarations d'événements indésirables de pharmacovigilance. Il n'y a pas d'échange organisé avec les structures nationales	B

Réf. 16	<b>Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place</b>		<b>Cotations</b>
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 ce type d'établissement, 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	Seuls l'équipe opérationnelle d'hygiène et les référents en hygiène bénéficient d'une formation annuelle, auxquels s'ajoutent ponctuellement des professionnels dont le poste est concerné par la prévention en hygiène ou la mise en assurance qualité de leur service. La procédure d'accueil des nouveaux arrivants intègre une information en hygiène hospitalière.	C
16 c	Des protocoles ou des procédures de maîtrise du risque infectieux, validés, sont utilisés	Des protocoles validés par le CLIN sont en place au sein des services. Ils sont actualisés si besoin. Ils traitent les sujets de prévention adaptés aux besoins de l'établissement tels que le lavage des mains ou l'isolement infectieux. Ils sont commentés par les référents aux équipes de soins. Il n'y a pas d'évaluation de leur application au sein des services.	C
16 d	Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé	Des règles de bonne pratique sont en place et diffusées, concernant l'usage des antibiotiques et l'antibioprophylaxie. Elles font l'objet d'une actualisation régulière.	A
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 dispositif de signalement des infections nosocomiales est opérationnel. Il repose sur des procédures diffusées dans les services. Il est organisé par l'équipe opérationnelle d'hygiène et le CLIN.	B

Réf. 16	<b>Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place</b>		<b>Cotations</b>
		Reste à assurer l'historisation des signalements.	
16 g	Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place	Des protocoles d'alertes correspondant à des phénomènes épidémiques spécifiques sont en place. Il reste à étendre ces modalités dans une procédure générale de traitement de l'épidémie.	B

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	Élaborées et validées par le CLIN, des procédures de prétraitement et de désinfection des équipements et dispositifs médicaux sont diffusées dans les services. La traçabilité de leur application est partielle.	B
17 b	En stérilisation, la maîtrise de la qualité est assurée	L'achat de dispositifs médicaux à usage unique stérile est privilégié dans les possibilités du marché. Les dispositifs médicaux stérilisables sont traités par la stérilisation centrale du CHU. Une convention est établie. Celle-ci prévoit la délivrance d'une fiche de validation du cycle de stérilisation pour chaque charge stérile retournée à la pharmacie du Centre Psychothérapique de Nancy. La traçabilité est mise en place par une fiche de liaison . Les documents de traçabilité sont archivés à la pharmacie.	A
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 ; elles restent à formaliser. Elle est partagée entre la pharmacie et les services économiques. Les maintenances réglementaires font l'objet de contrats de maintenance avec des entreprises extérieures.	B

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 une démarche permettant d'assurer l'hygiène des locaux, basée sur l'adaptation des pratiques de nettoyage des locaux en fonction du risque. Les personnels concernés sont formés. Des contrôles et des évaluations sont effectués et des actions d'amélioration mises en œuvre.	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 une démarche objectivée sur l'assurance de la qualité de l'eau basée sur l'application des normes de sécurité et la mise en œuvre de contrôles périodiques. Les contrôles du taux de légionelles sont réalisés annuellement, et renouvelés en cas d'anomalie. Un programme pluriannuel de rénovation du réseau d'eau est en cours de réalisation afin de supprimer les bras morts. Le suivi et la maintenance des circuits d'eau sont en cours d'amélioration par la mise en place progressive d'un carnet sanitaire.	B
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 a mis en place une démarche permettant d'assurer la qualité de l'air, adaptée aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées. Elle est basée sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en place de contrôles périodiques et des actions d'amélioration.	A
18 d	L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est organisée	Un programme d'élimination des déchets précisant les modalités de traitement par type de déchets est à disposition dans les services. Validé par le CLIN, un protocole de tri et d'élimination des déchets d'activité de soins est en place. Les DASRI sont traités selon un circuit défini intégrant les modalités de stockage et de transport.	B
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

**D – QUALITE ET SECURITE DE L'ENVIRONNEMENT**

Réf. 19	<b>La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements, hors dispositifs médicaux, sont assurées</b>		<b>Cotations</b>
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 met en œuvre les mesures prescrites. La formation des professionnels est assurée régulièrement. Des protocoles d'alerte sont en place, et des exercices de simulation sont réalisés. La spécialité psychiatrique de l'établissement ne favorise pas la mise en œuvre d'une politique antitabac dont l'application reste par conséquent hétérogène.	B
19 c	La maintenance préventive et curative est assurée	Un programme annuel des interventions préventives des différents corps de métier est élaboré et suivi par les responsables d'atelier. Coordonné par l'ingénieur, un état de réalisation des interventions est dressé chaque semaine. La maintenance curative est organisée, tant en programmé que pour les situations d'urgence. Le circuit de maintenance, de la demande de l'utilisateur jusqu'à la réception de l'intervention ou travaux est organisé. La maintenance est assurée en régie de travaux ou par une entreprise extérieure en cas d'intervention plus importante. L'efficacité des maintenances et la satisfaction des services ne sont pas évaluées.	B
19 d	Les protocoles d'alerte et d'intervention concernant la sécurité des infrastructures sont disponibles et connus des professionnels	L'établissement n'a pas arrêté de processus spécifique pour la sécurité des infrastructures. La gestion des alertes et interventions relatives à la sécurité des infrastructures repose sur la procédure générale d'alerte qui concerne l'ensemble des domaines de sécurité. Cette procédure générale est diffusée auprès des professionnels. Sa connaissance et sa maîtrise n'ont pas été évaluées.	B

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>L'inventaire et le dépôt des biens des patients à leur admission sont protocolisés. La procédure offre la possibilité de dépôt 24 heures/24.</p> <p>L'établissement s'est récemment organisé pour garantir 24 heures/24 la restitution au patient des biens déposés.</p> <p>Concernant la sécurité des personnes, l'établissement a mis en place une politique de sécurité importante en concertation avec les instances consultatives, le CHSCT, les professionnels concernés et les responsables des secteurs.</p> <p>Cette politique s'appuie notamment sur un service de sécurité en charge de quatre missions principales : la sécurité incendie, la protection contre les intrusions extérieures, les urgences vitales et l'assistance aux équipes dans les situations d'agressivité et de violence effectives ou potentielles.</p> <p>Cette organisation sécuritaire est difficile à garantir sur l'ensemble des nombreux sites de l'établissement.</p>	B
20 b	Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en œuvre	<p>Concernant la sécurité des personnels, la prévention contre la violence repose essentiellement sur les interventions programmées ou en urgence du service de sécurité, et la mise à disposition de téléphones équipés d'un dispositif de protection du travailleur isolé.</p> <p>L'établissement déclare vouloir se réorganiser pour assurer un effectif de nuit dans toutes les unités en adéquation avec les besoins de sécurité.</p> <p>Des contrôles d'accès sont installés dans les nouveaux bâtiments.</p> <p>Pour le traitement de l'urgence vitale, une trousse de matériels et médicaments d'urgence est centralisée au centre d'accueil permanent.</p> <p>Le recueil des incidents est assuré par les services ou par le service sécurité.</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 (entourage) sont connus.	A

**E – SYSTEME D'INFORMATION**

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 professionnels.	A
21 b	Les données nécessaires à la prise en charge des patients sont communiquées en temps utile et de façon adaptée aux besoins	Les données nécessaires aux professionnels lors des différents stades de la prise en charge sont identifiées. Les échanges d'informations entre les services ou les rendez-vous d'examen complémentaires réalisés à l'extérieur de l'établissement ne sont pas toujours obtenus dans les délais voulus.	B
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	Le nouveau logiciel du dossier du patient permet le suivi de l'activité de l'établissement. Les personnels d'encadrement peuvent demander l'édition de leur rapport de secteur. La stabilisation de l'implantation du logiciel devrait permettre l'optimisation de toutes ses fonctionnalités, notamment en ce qui concerne le partage des données de gestion et l'implication des responsables dans le suivi de leur activité. L'établissement devra développer et transmettre aux responsables des tableaux de bord d'activité.	C
21 e	Le contrôle qualité des données est en place	Le DIM réalise semestriellement un contrôle interne de la qualité du dossier du patient. Ces contrôles portent sur l'exhaustivité de la saisie des données demandées. Les services de soins contrôlent la qualité de la tenue de leurs dossiers. L'analyse et l'exploitation de ces contrôles ne sont pas effectuées.	B

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 et de son suivi.	A
22 b	Des procédures de contrôle de l'identification du patient sont mises en œuvre	Les procédures de contrôle de l'identification du patient tout au long de sa prise en charge ont été définies récemment. Il reste à les mettre en œuvre et à prévoir leur évaluation.	B
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)	L'établissement n'a pas pour l'instant d'échanges de données informatiques directes avec d'autres structures sanitaires. Cependant, un projet portant sur l'utilisation de la carte CPS en tant qu'identifiant des professionnels est en cours.	B

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	L'établissement a défini une politique de sécurité intégrée au schéma directeur. Cette politique a fait l'objet d'un plan d'amélioration suite aux conclusions de l'audit interne réalisé en 2003. Le dispositif tend à maîtriser l'intégrité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information. Il n'y a pas d'astreinte assurée du service informatique pour garantir la disponibilité organisée des données. L'établissement devra assurer une organisation qui garantisse la disponibilité des données informatiques	C
23 b	La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie	Un audit initial a été réalisé en 2003. Le principe retenu pour la politique de sécurité à compter de 2006 est une évaluation annuelle interne et une évaluation externe triennale. Le responsable de la sécurité du système d'information a été nommé récemment.	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 sur papier est standardisé pour la psychiatrie générale et pour la psychiatrie infantile. Le dossier est classé avant archivage par les secrétaires.</p> <p>Un guide général du logiciel dossier du patient est disponible. Un guide d'utilisation du dossier informatisé est en cours d'élaboration, celui relatif au dossier de soins est disponible en ligne. Des sessions de formation et d'information ont été organisées par le DIM et le service informatique. L'application des règles d'utilisation est évaluée au cours des audits internes réalisés sur la tenue du dossier. L'appropriation de ces règles par les utilisateurs reste hétérogène.</p>	B
24 b	Les règles de communication du dossier du patient sont connues des professionnels concernés	<p>Les règles de communication du dossier dans l'établissement sont connues. Le dossier sur papier suit le patient. Le contenu du dossier informatisé, en dehors d'informations classées « confidentielles », est consultable par tout professionnel habilité. Pour les correspondants extérieurs, la lettre de sortie accompagne le patient. Ces règles sont connues des professionnels ; leur application n'est pas évaluée.</p>	B
24 c	Les règles de conservation du dossier du patient sont connues des professionnels concernés	<p>Les règles générales de conservation du dossier sont connues. Les professionnels concernés sont identifiés. L'établissement a fait le choix d'archives centralisées pour les dossiers sur papier « non actifs » ouverts avant l'informatisation. Les lieux de stockage sont par conséquent multiples.</p> <p>Il existe des procédures pour l'archivage et le désarchivage de ces dossiers. Néanmoins, les pratiques restent différentes selon les services, notamment pour ce qui concerne le délai de l'archivage intermédiaire des dossiers dits actifs.</p>	C
24 d	Les professionnels connaissent leurs responsabilités dans la préservation de la confidentialité des données personnelles	<p>Des rappels concernant le secret professionnel sont inscrits sur la page d'accueil du dossier informatisé. Chaque agent est tenu de signer une attestation de prise de connaissance de la charte informatique. Les stagiaires sont informés par le cadre dès leur arrivée des règles relatives au secret professionnel.</p> <p>L'établissement n'a pas élaboré de règles de préservation de la confidentialité en fonction des activités ou des besoins, mais il existe des habilitations à consulter le dossier informatisé.</p>	B

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 instances assure l'accès au dossier pour les patients et les personnes habilitées. Elle est connue des professionnels et des patients.	A

**CHAPITRE III**  
**PRISE EN CHARGE DU PATIENT**

## A – ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITE

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.	Il existe des projets de service par secteurs, départements et unités fonctionnelles multisectorielles. Les rapports d'activité comportent l'analyse de l'activité. Les conseils de service sont en place et se réunissent régulièrement. Le projet médical en cours d'élaboration par l'ensemble des chefs de service et la CME déterminera le choix des nouvelles orientations stratégiques de l'établissement. Les secteurs élaboreront leurs nouveaux projets de service en fonction du futur projet d'établissement.		B			
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.	Il existe un organigramme des services validés en CME. Les missions et les rôles des professionnels seront prochainement définis dans les règlements intérieurs en cours d'élaboration. La continuité des soins médicaux, les plannings prévisionnels des personnels sont en place. Une réunion annuelle prenant en compte l'analyse de l'activité, les ressources humaines, le plan directeur des travaux est réalisé dans chaque service. L'établissement devra formaliser les délégations de responsabilité des responsables de service et assurer la diffusion régulière de tableaux de bord de gestion.		C			
25 c	Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine.	De nombreuses modalités de coopération entre services en interne existent avec la mise à disposition de soins spécifiques en hospitalisation et en ambulatoire au sein de structures multisectorielles variées. Des coopérations entre les secteurs de psychiatrie générale et infantile existent. Les différents besoins de la population sont largement pris en		B			

		<b>Cotations</b>				
		compte par la mise en place de réseaux formalisés ou non, l'accessibilité aux soins s'en trouve facilitée. Ces différents partenariats ne sont pas tous formalisés.				
25 d	Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leurs attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.	Des réunions de service pluriprofessionnelles régulières, des temps de concertation entre les professionnels, et les conseils de service existent dans tous les secteurs, les personnels sont informés par des comptes rendus, notes et par voie intranet. Cependant, les fiches de poste ne sont pas finalisées et Les champs de décision des responsables ne sont pas clairement définis. L'établissement devra préciser, puis formaliser les champs de décision des différents responsables.		C		
25 e	Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.	De nombreuses réunions de service, des échanges entre les personnels et l'encadrement ainsi que la possibilité de bénéficier de supervision clinique et d'analyse de pratiques sont en place dans la plupart des services. Les prises d'initiative et la créativité sont encouragées dans le cadre des projets de service. La formation continue est développée. Ces éléments contribuent à l'amélioration des conditions de travail, facteur de motivation. Reste cependant à développer davantage au niveau des services des axes de motivation centrés sur les objectifs d'activité en lien avec l'implication et l'adhésion des personnels.		B		
25 f	Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.	Une réunion annuelle prenant en compte l'analyse de l'activité, les ressources humaines, les travaux... est réalisée dans chaque service entre la direction, le chef de service et l'encadrement, mais il n'existe pas de réel budget de service ni de tableaux de bord de suivi des ressources.		C		

			<b>Cotations</b>				
		L'établissement devra mettre en place une organisation et des outils de gestion qui associent les responsables au suivi des ressources de leur service.					
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration	<p>La démarche qualité n'est pas réellement formalisée en tant qu'objectif des services. Cependant, il existe dans tous les services des évaluations concernant la satisfaction des patients, des correspondants externes, des évaluations régulières du dossier du patient. De nombreux audits ont été conduits ainsi que des évaluations de pratiques professionnelles comportant pour certains des actions de suivi. Quelques indicateurs de résultats sont en place.</p> <p>Des médecins, des cadres supérieurs de santé et de proximité sont formés aux outils de la qualité en particulier à la conduite d'audits.</p> <p>Les résultats des évaluations sont communiqués dans les services.</p>		B			

**B – PARCOURS DU PATIENT**

Réf 26	Les droits et la dignité du patient (résidant – USLD) sont respectés.		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
26 a	La confidentialité des informations relatives au patient (résidant – USLD) est garantie.	<p>Les professionnels respectent le secret professionnel.</p> <p>Il existe une procédure de non-divulgence de présence des patients hospitalisés.</p> <p>Des audits concernant le respect de la confidentialité sont menés et des axes d'amélioration proposés.</p> <p>La plupart des locaux d'examen permettent la confidentialité des informations. Une enquête a été menée en 2004 sur l'ensemble des structures pour identifier les locaux ayant une déficience phonique et ce rapport est pris en compte dans le programme des travaux.</p>		B			
26 b	Le respect de la dignité et de l'intimité du patient (résidant – USLD) est préservé tout au long de sa prise en charge.	<p>Il existe une sensibilisation des professionnels sur le sujet du respect de la dignité et de l'intimité du patient par le biais entre autre d'audits menés régulièrement sur ce thème (phrase enlevée).</p> <p>Les conditions d'entretien et d'examen respectent la dignité et l'intimité.</p> <p>Les locaux ne permettent pas à tous les patients de bénéficier de chambres individuelles, il existe quelques salles de bain collectives, la vétusté de certains locaux d'hospitalisation et leur inconfort ne permettent pas de garantir totalement l'intimité et la dignité des patients malgré l'attention des personnels.</p>		B			
26 c	La prévention de la maltraitance du patient (résidant – USLD) au sein de l'établissement est organisée.	<p>Le dispositif de signalement des événements sentinelles dont la maltraitance fait partie, est en cours de réalisation.</p> <p>Un groupe de travail sur la violence est mis en place.</p> <p>Il existe des règles de bonne pratique en matière de mise en</p>		B			

			<b>Cotations</b>				
		chambre d'isolement et de contention, un audit a été pratiqué sur ces thèmes en 2005. Les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie générale travaillent en réseau sur le thème de la maltraitance.					
26 d	La volonté du patient (résidant – <i>USLD</i> ) est respectée.	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.		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 sont organisées et suivies, leur évaluation reste à mettre en place.		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>Le recueil des antécédents médicaux et des spécificités du patient, ses conditions de vie sociale, familiale sont recherchés à son entrée ou à sa première consultation dans la mesure du possible.</p> <p>Le recueil de la personne de confiance est en place au niveau du dossier et ce recueil s'instaure progressivement dans la pratique.</p> <p>Les communications avec les professionnels de l'établissement ou les autres partenaires médicaux sont recherchées dans la plupart des prises en charge.</p> <p>Des conventions sont signées avec plusieurs partenaires pour organiser des prises en charge spécifiques.</p>		B			
27 b	Le patient (résident – USLD) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.	<p>Le patient reçoit une information sur ses conditions de séjour par le livret d'accueil et à son arrivée dans le service. Un protocole d'accueil existe.</p> <p>Le recueil de la satisfaction des patients montre que cette information n'est pas encore totalement généralisée.</p>		B			
27 c	L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient (résident – USLD) et/ou de son entourage.	<p>Les secteurs d'activité intrahospitalière et extrahospitalière ne sont pas tous accessibles aux patients handicapés, l'établissement s'organise pour trouver une alternative en cas de non-accessibilité. Le site Internet de l'établissement informe les personnes à mobilité réduite de l'existant et des alternatives possibles.</p> <p>Les opérations d'humanisation des locaux prennent en compte les besoins liés aux personnes handicapées.</p>		B			

			<b>Cotations</b>			
27 d	La permanence de l'accueil est organisée.	Les règles gérant l'accueil sont définies et assurent une réponse permanente et adaptée aux différents types de prise en charge.		A		
27 e	Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.	Un protocole a été mis en place pour l'accueil, le transfert et les modalités de séjour des détenus. Cependant, la coexistence avec les autres patients peut générer des difficultés. Dans le cadre de la préparation du nouveau projet d'établissement, ce thème a été retenu comme axe de réflexion prioritaire pour améliorer les conditions de sécurité, dignité et discrétion dans la prise en charge des détenus.		B		

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.	L'accueil des patients se présentant pour une urgence est organisé par un personnel dédié, formé et identifié.		A			
28 b	Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert est organisé dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.	L'organisation en place permet aux professionnels la mise en œuvre de la décision de prise en charge, de réorientation ou de transfert des patients dans des délais compatibles avec leur état de santé. Le recueil des dysfonctionnements éventuels reste à mettre en place.		B			
28 c	Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.	L'organisation du recours aux spécialistes est assurée, les délais d'attente restent à mesurer.		B			
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.	L'évaluation et l'analyse des disponibilités en lit sont réalisées, la suroccupation de certaines unités fait l'objet de mise en place de protocoles pour la prise en charge des patients hospitalisés hors de leur secteur de rattachement. Cette problématique sera intégrée à la réflexion concernant l'élaboration du prochain projet d'établissement.		B			

Réf 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résidant – 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 (résidant – USLD) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.	<p>Le projet thérapeutique est construit avec le patient au fur et à mesure de sa prise en charge au cours d'entretiens médicaux, psychologiques, infirmiers, sociaux.</p> <p>Des actions d'éducation thérapeutique sont faites dans certains secteurs.</p> <p>L'implication de la famille et de l'entourage est hétérogène selon les pratiques des services et l'approche clinique des équipes soignantes.</p> <p>La famille et l'entourage sont souvent impliqués.</p> <p>L'établissement et les représentants des usagers ont pour volonté de poursuivre le développement de l'implication du patient et de sa famille dans sa prise en charge.</p>		B			
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24.	<p>Grâce à l'informatisation du dossier du patient dans toutes les structures de l'établissement, les renseignements des patients suivis sont accessibles 24 heures/24.</p> <p>Les règles d'archivage des dossiers antérieurs sont connues.</p> <p>L'évaluation de cette organisation reste à faire.</p>		B			
29 c	Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résidant – USLD) et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.	<p>Les différents besoins des patients sont identifiés dans la majorité des cas.</p> <p>Le patient peut bénéficier de prises en charge spécifiques du fait de l'existence de nombreux professionnels de formations complémentaires.</p> <p>Les professionnels coordonnent leurs activités grâce à l'organisation de différentes réunions d'équipe. Le dossier du patient est accessible en lecture à tous les professionnels impliqués dans la prise en charge, toutes les observations des différents professionnels y étant consignées.</p> <p>L'existence de structures spécifiques inter- ou multisectorielles</p>		B			

			<b>Cotations</b>				
		renforce la possibilité de prises en charge adaptées aux différents problèmes.					
29 d	La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résidant – <i>USLD</i> ).	La notion bénéfice-risque est formalisée dans le dossier du patient informatisé. Dans le cadre d'un plan d'amélioration issu des résultats négatifs de l'audit du dossier du patient réalisé en 2004 ; cette information doit être dorénavant obligatoirement renseignée avant tout enregistrement d'observation au dossier. Dans le même temps, une information de sensibilisation a été mise en ligne sur intranet. Il restera à évaluer l'impact de ces actions d'amélioration.		B			
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résidant – <i>USLD</i> ), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au patient (résidant – <i>USLD</i> ) et à son entourage.	Les situations de restriction de liberté de circulation sont identifiées et font l'objet d'une réflexion de l'équipe de soins tracée au dossier du patient et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie. Cependant, en période de suroccupation des lits, il est possible que des patients en hospitalisation libre soient orientés en service fermé. Sensibilisé par la problématique, l'établissement a constitué un groupe de travail pour définir et mettre en œuvre les choix stratégiques en matière de libre circulation.		B			
29 f	Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient (résidant – <i>USLD</i> )	Confirmé par un audit en juin 2004, il a été constaté que les professionnels formalisent, dans la majorité des cas, leurs observations dans le dossier du patient et se coordonnent pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique.		B			

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.	Le CLAN, la diététicienne et les responsables des cuisines collaborent avec les services médicaux afin de répondre aux besoins spécifiques des patients. Une évaluation nutritionnelle prenant en compte la situation clinique est faite en cas de besoin. L'établissement a pour projet la systématisation du bilan nutritionnel à l'entrée et d'un suivi à périodicité définie.		B			
	<i>USLD</i> – L'équilibre nutritionnel des résidents est assuré en fonction de leurs goûts et habitudes alimentaires.			NA			
30 b	Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.	Le repérage de conduites addictives est quasi systématisé en ce qui concerne l'alcool et les produits illicites. Pour le tabac, une réflexion est engagée par le comité de lutte et de prévention du tabagisme et doit se poursuivre.		B			
30 c	La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.	Les risques thromboemboliques font l'objet d'une prévention dans les situations jugées à risque, mais pas de façon systématique.		B			
30 d	Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.	Les critères d'identification des patients risquant des chutes sont connus essentiellement pour les patients âgés. Dans le cas des personnes âgées en psychogériatrie, le problème de la contention quand il existe un risque de chute fait l'objet d'une réflexion bénéfice-risque.		B			
30 e	Le risque suicidaire est pris en compte.	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.		A			

			<b>Cotations</b>			
30 f	Les escarres font l'objet d'une prévention.	La prévention et la prise en charge des escarres ont fait l'objet de protocoles élaborés par le CLIN, le service de rééducation fonctionnelle et la diététicienne.		B		
30 g	<i>USLD</i> – Un projet de vie est individualisé pour chaque résidant en prenant en compte ses souhaits.			NA		

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.	Une procédure d'information du patient et du recueil des consentements est approuvée depuis 2003. Un audit évaluant le respect de l'information du patient, l'analyse bénéfice-risque et le recueil du consentement a été réalisé en juin 2004. Des actions d'amélioration ont été proposées suite aux résultats qui montraient que ces critères n'étaient pas suffisamment satisfaisants.		C			
	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.			NA			
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, de sa situation ou de sa prise en charge. Cependant, il n'existe pas d'évaluation et de mesure d'impact sur la compréhension du patient.		B			
31 c	Le patient (résidant – USLD) désigne les personnes qu'il souhaite voir informer.	La possibilité de désigner une personne à informer (personne à prévenir, personne de confiance) est donnée dans le livret d'accueil, une procédure est en place ainsi que les supports de traçabilité dans le dossier. Les évaluations du dossier du patient prennent en compte cet item et montrent une amélioration progressive et significative du recueil des personnes à informer.		B			
31 d	Le consentement éclairé du patient (résidant – USLD) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le	Une procédure relative à l'information du patient et au recueil de son consentement est diffusée depuis 2003, une sensibilisation à l'application systématique de cette procédure		B			

			<b>Cotations</b>				
	concernant.	est réalisée régulièrement. La traçabilité dans le dossier du patient est évaluée. Les formulaires de recueil pour le dépistage du VIH et de l'hépatite sont finalisés. En ce qui concerne les majeurs protégés, une réflexion a été menée avec le juge des tutelles, mais la procédure n'est pas encore finalisée.					
31 e	Un consentement éclairé (résident – USLD) du patient est formalisé dans les situations particulières.	Des formulaires spécifiques sont disponibles sur le logiciel du dossier du patient dans les cas réglementaires (majeur protégé, mineur, recherche génétique). Une sensibilisation des professionnels a été réalisée.		B			
31 f	Le patient (résident – USLD) est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge.	Pour certains événements indésirables (infections nosocomiales, tuberculose, TIAC, légionellose), le CLIN a mis en place une procédure d'information du patient. L'établissement ne met pas en place de procédure concernant la survenue d'autres événements indésirables-		C			

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 de la douleur connue des professionnels est mise en œuvre et tient compte des recommandations de bonnes pratiques.		A			
32 b	Le patient (résidant – USLD) est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.	Le livret d'accueil des patients précise la démarche d'évaluation de la douleur et l'existence du CLUDS. Différentes échelles d'évaluation de la douleur physique recensées en fonction des pathologies psychiatriques sont disponibles.		B			
32 c	Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.	Des formations à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur adaptées aux types de prise en charge sont mises en œuvre. Leurs efficacités n'ont pas été évaluées.		B			
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			

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 le secteur d'activité et entre les secteurs d'activité est assurée grâce à une organisation concertée fixant les responsabilités et planifiant la présence des professionnels.		A			
33 b	La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.	L'organisation des transmissions entre les équipes médicales et paramédicales permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre elles.		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			

Réf 34	La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient (résident – USLD).		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
34 a	L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.	Les audits de tenue du dossier montrent que la plupart des éléments diagnostiques et thérapeutiques sont tracés dans le dossier du patient et notamment toutes les informations retraçant son état de santé.		B			
34 b	L'information contenue dans le dossier du patient (résident – USLD) est accessible aux professionnels en charge du patient (résident – USLD), en temps utile.	Une organisation de la tenue et de l'accessibilité du dossier du patient facilite la consultation des informations qu'il contient lorsque le professionnel de santé en a besoin.		A			
34 c	Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.	Les prescriptions sont écrites datées et signées pour tous les actes le nécessitant.		A			
34 d	L'information sur son état de santé et son traitement donnée au patient (résident – USLD) et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du patient (résident – USLD).	Suite à un audit du dossier du patient en 2004 dans quelques services sur le thème de l'analyse bénéfice-risque, de l'information du recueil du consentement, de l'information donnée aux patients, il a été constaté que la traçabilité de l'information est effective en cas de refus du patient, de difficultés, de problèmes ou risques particuliers. Elle reste à systématiser dans les autres situations. L'établissement devra systématiser la traçabilité des informations données aux patients.		C			

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	Les examens complémentaires font l'objet d'une prescription médicale. Ces prescriptions sont parfois mal documentées. Les prescriptions biologiques, sauf cas particulier, ne sont pas documentées. La prescription d'examens systématiques fait l'objet d'une réflexion sur l'établissement.		B			
35 b	Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la réalisation des examens sont systématiquement définies et mises en œuvre.		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	Le processus de retour des résultats d'examens est défini, mais ne donne pas satisfaction à certains services cliniques. Les résultats biologiques non urgents transitent par l'unité de médecine polyvalente d'où ils sont ensuite transmis dans les services. En cas d'urgence, le laboratoire téléphone ou faxe les résultats. Il existe un projet de serveur de résultats. Les résultats d'imagerie arrivent le lendemain par coursier sauf urgence où ils sont téléphonés dans les unités de soins.		B			

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 étapes, interfaces incluses. Sa sécurisation permet la prévention des événements indésirables évitables.		A			
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	Un livret thérapeutique existe et est régulièrement actualisé. Des recommandations de bonnes pratiques ont été élaborées par le COMEDIMS concernant l'usage des neuroleptiques, des hypnotiques, des antidépresseurs, des correcteurs, des antibiotiques. La prescription des neuroleptiques a fait l'objet d'une étude de pertinence. Les habilitations des prescripteurs sont tenues à jour. Les prescriptions sont analysées, et les pharmaciens émettent des opinions. L'exploitation des événements indésirables évitables sera poursuivie en lien avec les cliniciens.		B			
36 c	L'administration du médicament au patient (résidant – 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			
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 stériles et mettent à la disposition des patients des informations adaptées à leur état de santé.		A			

		<b>Cotation</b>				
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 médicament.		A		

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		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		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		NA			
37 d	Les compétences professionnelles au sein des secteurs d'activité interventionnelle sont régulièrement évaluées		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			
38 b	Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public	L'établissement devra mettre en place une information sur le don d'organes ou de tissus pour le public.		C			
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus	L'établissement devra sensibiliser le personnel aux dons d'organes ou de tissus.		C			
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques			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	Les activités de soutien et de rééducation sont proposées au patient dont l'adhésion est indispensable. En psychiatrie générale, l'entourage n'est pas toujours associé à la hauteur du souhait exprimé par les associations des familles.		B			
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 réciproque effective dans la prise en charge du patient et sont tracées dans son dossier.		A			
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 et le réajustement de la prise en charge repose notamment sur les réunions pluriprofessionnelles de service ou les projets thérapeutiques individuels des patients est élaboré. L'équipe des kinésithérapeutes ne participe pas à ces réunions.		B			

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)	<p>La question du diagnostic peut être délicate à aborder avec tous les patients en psychiatrie. Un programme d'éducation thérapeutique n'est pas systématiquement mis en place et la préférence des services s'oriente davantage à traiter la demande de manière individuelle.</p> <p>Certains services ont néanmoins développé des actions d'éducation, y compris avec les familles, notamment dans les CATT.</p> <p>Ces approches différentes aboutissent à une grande diversité des pratiques concernant l'éducation thérapeutique des patients.</p>		B			
40 b	L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant	<p>Les associations d'usagers et des familles constatent souvent qu'elles sont insuffisamment associées aux actions d'éducation. Ces pratiques sont décrites comme non homogènes entre les services.</p> <p>L'établissement devra veiller à associer davantage l'entourage du patient, avec son accord, aux actions d'éducation pour sa santé.</p>		C			
40 c	Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient (résident – USLD) selon le cas	<p>Certains thèmes d'éducation de santé sont identifiés et traités comme le tabac, le sida, les hépatites, les MST, les troubles des conduites alimentaires. Il existe un comité de lutte et de prévention du tabagisme, un comité psychiatrie-sida. Les médecins généralistes, le cardiologue, la diététicienne participent ponctuellement à ces actions ciblées.</p> <p>Il n'existe pas de programme au sens strict.</p>		B			

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	L’entourage et le médecin traitant sont diversement associés à la planification de la sortie, la volonté du patient devant être prise en compte. Il faut noter que de nombreux patients continuent d’être suivis en ambulatoire, dans le cadre des structures sectorielles, la sortie de l’hôpital n’étant pas nécessairement une sortie du dispositif de soins. Les besoins sociaux et de soins sont chaque fois que possible pris en compte. Les relations avec les services communautaires sont fréquentes.		B			
41 b	Le patient est adressé aux professionnels et aux structures appropriés	La connaissance des ressources disponibles dans le territoire de santé permet d’adresser le patient aux professionnels et structures appropriés.		A			
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	Le courrier médical sert de lien. Des échanges téléphoniques ont lieu. Les fiches de liaison existent, mais ne sont pas systématiquement utilisées. Des professionnels assurant l’aval peuvent être invités aux réunions préparant la sortie. Il apparaît que les médecins traitants sont rarement informés et reçoivent un courrier tardivement.		C			
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 assurer la continuité de la prise en charge.		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 recherchée, ainsi que celle de son entourage, du tuteur ou de la personne de confiance. Son recueil n'est pas toujours formalisé.		B			
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 spécifiques du patient en fin de vie sont identifiés. La mise en œuvre des soins est assurée. Le recours à une équipe mobile de soins palliatifs externe est évoqué. La traçabilité de ces éléments n'est pas toujours assurée.		B			
42 c	La formation des professionnels est organisée	La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est assurée.		A			
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte	L'accompagnement psychologique des professionnels peut être réalisé dans les groupes de supervision organisés dans certains services. L'encadrement et les médecins participent à cet accompagnement. L'identification des besoins des professionnels est en cours avec l'aide du psychologue du travail, du CLUDS, et du groupe « santé au travail ».		B			

Réf. 43	Le décès du patient (résidant – 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 (résidant – USLD) et/ou en cas de décès	Le nom des personnes à prévenir est recueilli systématiquement à l’entrée. En cas de décès, l’entretien avec les proches est systématique. En situation de fin de vie, les pratiques ne sont pas homogènes. Une réflexion est en cours avec la direction de la qualité et les services de soins.		B			
43 b	Les volontés et les convictions du défunt sont respectées	Les volontés et convictions du défunt ne sont pas systématiquement tracées. Depuis septembre 2005, des informations sur les mesures spécifiques à chaque confession sont disponibles sur intranet. L’établissement devra garantir la traçabilité systématique des volontés du patient en cas de décès.		C			
43 c	Un accompagnement psychologique de l’entourage est assuré	Il existe un accompagnement psychologique et social de l’entourage, mais les besoins ne sont pas toujours identifiés		B			
43 d	Les besoins d’accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte	L’accompagnement psychologique des professionnels peut être réalisé dans les groupes de supervision organisés dans certains services. L’encadrement et les médecins participent à cet accompagnement. L’identification des besoins des professionnels est en cours avec l’aide du psychologue du travail, du CLUDS, et du groupe « santé au travail ».		B			

**CHAPITRE IV**  
**ÉVALUATIONS ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION**

## A – PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 a	La pertinence des hospitalisations est évaluée	<p>Il s'agit d'une revue de pertinence des patients en séjour prolongé dans le but de définir des modalités de suivi et de garantir à chaque usager une prise en charge dans un dispositif adapté. Le projet est porté institutionnellement par un comité de suivi des séjours prolongés. Un psychiatre chef de service et le directeur des soins sont référents de cette démarche. Un indicateur de processus et un indicateur de résultat ont été élaborés. La grille de recueil vient d'être validée.</p> <p>L'établissement devra mettre en œuvre le recueil, mener à terme l'étude entreprise afin d'en dégager des axes d'amélioration.</p>	C
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée	<p>l'ES a décidé d'évaluer le recours à des actes de soins réalisés sans consentement sur des patients en HL, considérés comme des actes à risque (contention en cas d'agitation). Les objectifs sont doubles : comprendre l'indication des actes réalisés sans consentement, comprendre le maintien du patient en HL. Le projet a été validé par la CME et la CSSI. Un cadre supérieur de santé est référent de cette démarche. À défaut de référentiel externe, un outil interne a été élaboré et validé par les instances. Une première étude a été menée. Les résultats ont été communiqués aux équipes de soins, à l'encadrement et aux médecins. Ceci a permis une sensibilisation des soignants. Des axes d'améliorations sont proposés.</p>	B
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée	<p>Un protocole d'évaluation prospective en continu de la prescription des antipsychotiques de 2<sup>e</sup> génération a été validé par le COMEDIMS et la CME. Les objectifs étaient de mieux connaître pour ces molécules nouvelles et coûteuses, les effets secondaires, notamment extrapyramidaux ainsi que leur efficacité. Le thème choisi a bénéficié du soutien des instances. Le pharmacien a été le référent de l'étude. Les données de la littérature relatives aux bonnes pratiques ont été prises en compte. Les prescriptions depuis décembre 2002 ont été étudiées. Les avis pharmaceutiques relatifs à la prescription des antiparkinsoniens et de l'association d'un 2<sup>e</sup> neuroleptique, hormis les neuroleptiques à visée sédatrice ont été analysés, avec les réponses des prescripteurs. Les résultats ont été communiqués et des pistes d'amélioration proposées notamment un suivi à partir d'indicateurs. Une nouvelle revue de pertinence « un jour donné » associant médecins et pharmacien</p>	A

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
		est proposée.	
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée	L'ES a fait le choix d'évaluer les écarts entre les pratiques de l'établissement et les recommandations relatives à l'exploration de la fonction thyroïdienne. Le référent clinique est un médecin de l'unité de médecine polyvalente. Les données de la littérature relatives aux bonnes pratiques ont été prises en compte et les écarts de pratique ont été étudiés. Une phase test a été réalisée dont les résultats ont été adressés à chaque praticien et aux instances. Des propositions d'amélioration dont une meilleure traçabilité des résultats, leur historisation, une réflexion sur le contenu des bilans d'entrée ont été formulées. La reconduction de cette démarche est envisagée. La méthodologie paraît transposable à d'autres types d'examens.	A

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>L'établissement a souhaité évaluer la pratique de la mise en chambre d'isolement identifiée comme une situation à risque pour les patients et les personnels et qui concernent la quasi-totalité des services. Un protocole a été mis en place comportant un audit clinique ciblé, un audit qualité des pratiques, et une visite des risques réalisée sur 5 chambres d'isolement du CPN. Un psychiatre formé à l'audit clinique et un cadre soignant ont été les référents de cette action.</p> <p>Les différents professionnels des services ont été impliqués. Une restitution des résultats a eu lieu. Des modifications du protocole existant sont en cours d'étude. Une nouvelle évaluation est prévue dans 6 mois.</p>		B			
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 modes d'hospitalisation lors de la prise en charge d'un patient présentant un épisode infectieux aigu.. Un protocole a été mis en place pour garantir l'anonymat après accord du chef de service. Une recherche bibliographique sur le recours à l'isolement infectieux non consenti a été réalisée. Cette première analyse a permis de tester la faisabilité de cette méthodologie pour d'autres événements ultérieurs.</p> <p>Les résultats vont être soumis au CLIN avant une communication institutionnelle en vue d'établir un mode opératoire adapté à des événements du même ordre.</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'ES a choisi 3 actions : la schizophrénie, le suicide, les états dépressifs impliquant les communautés médicales et paramédicales. Ces 3 thèmes ont été retenus par la CME en mai 2004 au vu d'une analyse de l'activité conduite par le DIM dont les résultats ont démontré la pertinence des projets d'évaluation. Ces trois projets ont bénéficié du soutien méthodologique du COCEP.</p> <p>La méthodologie et les objectifs ont été définis préalablement. Ils visaient à mesurer les écarts entre les pratiques de l'établissement et les recommandations existantes.</p> <p>Il s'agissait pour le premier sujet, d'explorer les composantes non médicamenteuses du traitement des psychoses schizophréniques, pour le second, d'étudier la préparation à la sortie après une tentative de suicide, et pour le troisième de cibler l'étude sur le domaine ambulatoire et l'impact de l'interface psychiatrie publique/médecine de ville et la limitation des hospitalisations.</p> <p>Dans les trois cas, l'audit a été la méthode retenue, rétrospective ou prospective. Des audits tests ont été nécessaires, les résultats définitifs ne sont pas connus.</p> <p>Les données de la littérature ont été recherchées. Chaque étude prévoit dans son protocole de proposer des pistes d'amélioration.</p> <p>Le plan de communication des résultats est prévu.</p> <p>Il a été convenu de ne pas comparer les résultats entre</p>		B			
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						

		<b>Cotation</b>				
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons	services.	-			

**B – RESSOURCES HUMAINES**

Réf. 47	<b>Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre</b>		<b>Cotation</b>
47 a	La réalisation des actions définies dans les orientations stratégiques est mesurée périodiquement dans chacun des domaines de la gestion des ressources humaines	L'établissement mesure la réalisation de certaines actions définies dans les orientations stratégiques à partir du bilan social, de tableaux de bord sur l'absentéisme, les dépenses budgétaires, mais le contrôle de la mise en œuvre effective des projets RH n'est pas effectué et les résultats de la politique de GRH ne sont pas évalués. L'établissement devra mettre en œuvre l'évaluation de la politique des ressources humaines.	C
47 b	La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte	La satisfaction des professionnels est appréciée et prise en compte au travers des thèmes exprimés en CHSCT, lors des conseils de service et des réunions d'expression directe des salariés, ou encore dans les entretiens annuels. Il n'existe pas d'enquête de satisfaction du personnel à périodicité définie. L'établissement devra mettre en place des outils spécifiques d'évaluation de la satisfaction des personnels	C

**C – FONCTIONS HOTELIERES ET LOGISTIQUES**

Réf. 48	<b>Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs</b>		<b>Cotation</b>
48 a	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte	Une analyse à périodicité définie de la satisfaction des responsables des secteurs d'activité est organisée par l'établissement pour l'ensemble des prestations logistiques. Elle permet l'identification d'actions d'amélioration et des bilans d'évaluation avec les prestataires externes. Il reste à formaliser ces processus d'évaluation.	B
48 b	L'analyse des prestations logistiques donne lieu à des actions d'amélioration	L'analyse des prestations logistiques permet de mettre en œuvre des actions d'amélioration dans tous les domaines.	A

**D – SYSTEME D'INFORMATION**

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	Les avis, les commentaires, les demandes d'évolution ou d'amélioration des applicatifs exprimés par les utilisateurs du système d'information sont pris en compte. Cependant, l'évaluation de la satisfaction des utilisateurs n'a pu encore être structurée et organisé en recueil thématique et régulier. L'établissement devra mettre en œuvre l'évaluation de la satisfaction des utilisateurs du système d'information.	C
49 c	La gestion du dossier du patient est évaluée	Une évaluation de la gestion du dossier 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

**E – QUALITE ET GESTION DES RISQUES**

Réf. 50	<b>La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques est évaluée</b>		<b>Cotation</b>
50 a	L'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée	Les audits qui se développent progressivement participent à l'évaluation des actions d'amélioration du programme qualité. Les objectifs de ce programme ne font pas systématiquement l'objet d'identification d'indicateurs. Le suivi par tableau de bord du programme qualité et de gestion des risques reste à mettre en place.	C
50 b	L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée	L'évaluation de l'efficacité de la gestion des risques reste à mettre en œuvre. La gestion coordonnée des vigilances et des risques facilitée par la mise en place prochaine d'un dispositif de signalement centralisé devrait favoriser la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation de l'efficacité de la politique préventive des risques. La gestion à court terme des événements sentinelles représente un élément constructif pour cette évolution.	C
50 c	La maîtrise de la documentation est évaluée	Une évaluation de la tenue des classeurs documentaires des services a été réalisée en 2004. Cette évaluation demande à être renouvelée régulièrement, tant pour la forme support papier que celle plus récemment mise en service sur la base informatique intranet.	B

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.	Il existe un dispositif de recueil et d'analyse de la satisfaction des patients et de leur entourage dont les résultats sont pris en compte dans un plan d'amélioration de la qualité.	A
51 b	Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.	Une enquête de satisfaction en ambulatoire conduite régulièrement depuis 2001 comporte une analyse de satisfaction sur le respect de l'heure de rendez-vous, les informations en cas de retard ainsi que la rapidité d'accès aux soins. Cependant, les délais d'attente ne sont pas mesurés. L'élaboration d'une maquette pour les mesurer est en cours de réalisation.	B
51 c	Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration.	Un dispositif opérationnel de gestion des plaintes et des réclamations en permet une analyse rapide et une réponse individuelle et systématique. L'exploitation transversale des dysfonctionnements repérés n'est pas encore opérationnelle. L'établissement a pour projet de développer cette exploitation institutionnelle en lien avec la définition du programme qualité.	B
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 les priorités d'amélioration.	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.	Les conventions de coopération entre l'établissement et les différentes structures sanitaires, médicosociales et sociales, prévoient en règle générale une évaluation annuelle. Il n'existe pas d'autre recensement centralisé et systématisé des actions impliquant les correspondants externes. L'établissement devra définir et mettre en œuvre un recueil coordonné des actions visant à impliquer les correspondants externes et en assurer l'évaluation.	C
52 b	La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte.	Une enquête de la mesure de la satisfaction des médecins libéraux a été organisée en 2005, les résultats ont été analysés et sont en cours d'exploitation pour la mise en place d'actions d'amélioration.	B

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 contrat d'objectifs et de moyens 2002-2006 a fait l'objet d'évaluations annuelles présentées et discutées devant chaque instance. L'établissement prévoit d'intégrer dans le nouveau projet d'établissement en cours d'élaboration les modalités de suivi et d'évaluation de sa mise en œuvre. Il est prévu également que ce suivi soit assuré par un comité exécutif créé à cet effet.	B
53 b	La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires	L'établissement dispose d'éléments de comparaisons avec d'autres établissements. Ces études sont souvent basées sur des critères et des ratios utilisés au niveau national et régional. Ces comparaisons sont prises en compte dans le cadre des directions fonctionnelles et font l'objet de présentations aux instances.	B
53 c	Les résultats font l'objet d'une communication interne	L'évaluation annuelle du COM a fait l'objet de communication aux instances. Les rencontres annuelles relatives à la préparation du budget de l'année suivante permettent une communication des réalisations aux responsables d'activité et à l'encadrement des services. Le nouveau projet d'établissement devra développer la communication interne sur l'avancement des orientations stratégiques, et en prévoir les modalités de mise en œuvre.	C

**PARTIE 3**  
**COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES**

## I Commentaires synthétiques par type de prise en charge

### Psychiatrie et santé mentale

Le centre psychothérapique de Nancy a mis en place un riche dispositif d'accès aux soins psychiatriques depuis les unités d'accueil et d'urgence de Nancy, de Pont-à-Mousson et de Lunéville et le maillage du territoire sanitaire par les CMP. Les équipes soignantes des unités ambulatoires et d'hospitalisation assurent une prise en charge attentive aux droits et à la dignité des patients, prenant en compte leurs besoins, dans une organisation qui assure la continuité des soins médicaux et paramédicaux. La traçabilité des soins et la disponibilité des données sont rendues possibles en garantissant la confidentialité grâce à l'informatisation du dossier du patient et du circuit du médicament. Les équipes ont le souci d'une coopération intersectorielle entre secteurs adultes, mais aussi entre secteurs adultes, enfants et adolescents.

Le travail en réseaux, formalisés ou non, avec de très nombreux organismes ou associations médicosociales ou sociales permet un accompagnement très modulable des patients et de leur entourage. Certaines actions sont ciblées sur la maltraitance, la grande précarité, les situations médicosociales complexes, la péri natalité, les adolescents, les personnes âgées. L'établissement a pris en compte les recommandations exprimées lors de la première itération de l'accréditation. Le CPN a développé autour d'une cellule qualité très active entourée de représentants du personnel et des usagers, une équipe d'auditeurs à temps partiel.

Le développement des audits permet d'inscrire la démarche qualité dans la culture du CPN. L'évaluation du service médical rendu, a été menée conformément à la demande de la HAS sur la pertinence des soins, les risques liés aux soins. L'évaluation de 3 pathologies prises en charge a été entreprise.

## II Appréciation globale sur la dynamique qualité

Le projet d'établissement et le COM arrivés à leur terme, les premières pistes de réflexion pour les futures orientations du projet médical ont d'ores et déjà été identifiées par le nouveau comité de pilotage « projet d'établissement » mis en place mi-2005 et dont les composantes pluriprofessionnelles médicale, administrative et soignante associent les représentants des usagers.

Pour ce nouveau projet quinquennal, l'établissement s'est donné comme objectif de développer davantage la communication interne et externe, facteur d'adhésion et d'implication des personnels qui étaient d'ores et déjà des éléments significatifs de la politique de management de l'établissement. Ce pilotage participatif associe les instances réglementaires, mais également l'encadrement, les responsables médicaux et les usagers par la voie de leurs représentants.

Appréhendée comme un axe primordial de cette politique, la démarche qualité déjà ancienne par la volonté des acteurs, s'est développée depuis la première itération en 2000 autour d'une nouvelle organisation structurante.

Reposant sur deux instances de pilotage et de suivi associant particulièrement les usagers, la démarche qualité est depuis 2003, mise en œuvre et coordonnée par une direction qualité à part entière, chargée aussi des relations avec les usagers et de la communication.

Composé notamment d'un assistant qualité, le service dispose et développe progressivement les moyens et outils nécessaires pour organiser et mettre en œuvre le programme qualité.

Parmi ces moyens logistiques, de nouveaux outils informatiques en cours de déploiement devront contribuer à faire évoluer la gestion et la coordination des risques. Leur analyse et leur exploitation transversale au travers du signalement des événements indésirables devront permettre l'élaboration d'un programme hiérarchisé de gestion des risques. Concernant les objectifs qualité des années précédentes, ils ont essentiellement été identifiés au regard du rapport d'accréditation de la première itération.

Selon une méthodologie participative et une volonté de pérenniser les démarches engagées, les actions d'amélioration ont été menées ou sont en cours de mise en place en cohérence avec le programme qualité.

Cette dynamique institutionnelle mobilisant les professionnels à différents niveaux (auditeurs internes, réseau de correspondants), il restera à faire évoluer les démarches qualité initiées par et dans les services. Concernant l'ultime étape de la démarche qualité, l'établissement a inscrit l'évaluation dans ses priorités en formant progressivement depuis 2003 une équipe pluriprofessionnelle d'auditeurs internes (une quarantaine), permettant la réalisation régulière d'audits internes dont certains axés sur la clinique. Trois professionnels suivent une formation méthodologique sur l'évaluation, dispensée par le réseau qualité régional ÉVALOR dont l'établissement est adhérent. Cette approche volontariste et pluriprofessionnelle de l'évaluation a facilité la mise en œuvre des premières évaluations des pratiques professionnelles et du service médical rendu au patient. Les démarches ont toutes montré l'engagement des professionnels et confirmé l'ambition de l'établissement à progresser vers une culture qualité partagée, opérationnelle et centrée sur le patient.

### **III Liste des actions exemplaires**

La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles (réf.6b).

Il s'agit de relever la mise en place d'une équipe pluriprofessionnelle d'une quarantaine d'auditeurs comprenant des médecins, des administratifs, des soignants et des représentants des usagers, dont certains ont été formés à l'audit clinique ciblé.

Ce maillage interne apparaît pour l'établissement un axe fort de déploiement de la culture d'évaluation de la démarche qualité et par là même, un support pour l'appropriation institutionnelle de l'évaluation des pratiques professionnelles.

**PARTIE 4**  
**DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

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 :

- Généraliser les entretiens d'évaluation des personnels (Réf. 9d) ;
- Poursuivre l'amélioration des conditions d'hébergement (Réf. 10a) ;
- mettre en œuvre la démarche d'assurance qualité du circuit du linge (Réf.11b) ;
- structurer et coordonner l'organisation de la gestion des risques (Réf. 14a, 14b, 14c) ;
- renforcer l'information des professionnels en matière de vigilances sanitaires et assurer leur coordination avec la gestion des risques (Réf. 15a, 15c, 15d) ;
- généraliser la formation des personnels et évaluer l'application des protocoles de prévention du risque infectieux (Réf. 16b, 16c) ;
- harmoniser les règles de conservation du dossier patient (Réf. 24c) ;
- veiller à l'information donnée au patient tout au long de sa prise en charge (Réf. 31a, 31f) ;
- garantir l'information systématique et en temps utile des professionnels en aval de la prise en charge, notamment des médecins traitants (Réf. 41c) ;
- développer l'évaluation de l'atteinte des objectifs et de l'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques (Réf. 50a, 50b).

---



---

## INDEX

---

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

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

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

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

**TGBT :** Transformateur général de basse tension  
**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