

**RAPPORT DE CERTIFICATION DU
CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE
DE L'ORNE**

**31, rue Anne-Marie-Javouhey
BP 358
61014 ALENÇON**

Avril 2007

S O M M A I R E

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	p.	5	Chapitre IV – Évaluations et dynamiques d'amélioration	p.	66
PARTIE 1			A Pratiques professionnelles	p.	67
DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION	p.	7	B Ressources humaines	p.	73
I Historique et organisation de la démarche qualité	p.	8	C Fonctions hôtelières et logistiques	p.	74
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation	p.	9	D Système d'information	p.	75
III Association des usagers à la procédure d'accréditation	p.	12	E Qualité et gestion des risques	p.	76
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité	p.	12	F Orientations stratégiques	p.	79
PARTIE 2			PARTIE 3		
CONSTATATIONS PAR CHAPITRE	p.	13	COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES	p.	80
Chapitre I – Politique et qualité du management	p.	14	I Commentaires synthétiques par type de prise en charge	p.	81
Chapitre II – Ressources transversales	p.	22	II Appréciation globale sur la dynamique qualité	p.	82
A Ressources humaines	p.	23	III Liste des actions exemplaires	p.	82
B Fonctions hôtelières et logistiques	p.	25	PARTIE 4		
C Organisation de la qualité et de la gestion des risques	p.	28	DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.	83
D Qualité et sécurité de l'environnement	p.	32			
E Système d'information	p.	38	INDEX	p.	85
Chapitre III – Prise en charge du patient	p.	42			
A Orientations stratégiques et management des secteurs d'activité	p.	43			
B Parcours du patient	p.	45			

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement	Centre psychothérapeutique de l'Orne	
Situation géographique	Ville : Alençon Département : Orne	Région : Basse-Normandie
Statut (<i>privé-public</i>)	Public	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	CHS	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	189 lits et 182 places	
Nombre de sites (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>)	Argentan (45 km), Bellême (41 km), La Ferté-Macé (45 km), Flers (71 km), L'Aigle (65 km), Mortagne-au-Perche (38 km), Vimoutiers (63 km)	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Psychiatrie	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Hospitalisation à temps complet (dont hospitalisation sous contrainte), hospitalisation à temps partiel, CMP, centres de thérapie familiale, CATTP, appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique	
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Non	
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	CH d'Alençon, d'Argentan, de Flers, de L'Aigle, de Mortagne, de La Ferté-Macé, hôpitaux de Sées, Bellême, maison d'arrêt d'Alençon, centre de détention d'Argentan, neuf maisons de retraite	
Origine géographique des patients (<i>attractivité</i>)	Patients essentiellement originaires du département de l'Orne	
Transformations récentes (<i>réalisées ou projetées, ou projets de restructuration</i>)	Mise en place d'un dispositif départemental de prise en charge des adolescents Création d'un pôle infantojuvénile sur le site de Flers	

PARTIE 1

DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION

I Historique et organisation de la démarche qualité

Pour préparer la première démarche d'accréditation, un comité de pilotage avait été créé et avait décidé un audit interne avec l'aide d'un consultant externe. Cet audit avait permis de dégager des objectifs, et des formations avaient été mises en place. Un chef de projet avait été désigné en la personne du directeur des soins et son adjoint était le directeur des services économiques et financiers, devenu aujourd'hui directeur de l'établissement. Une cellule qualité avait été mise en place avec un qualicien à partir de septembre 2002 (devenu aujourd'hui responsable qualité).

À la suite de la première visite d'accréditation, la composition du comité de pilotage et l'organisation mise en place sont restées identiques.

Un PAQ (plan d'amélioration de la qualité) a été mis en place et a permis l'élaboration du volet « démarche qualité » dans le projet d'établissement 2004-2008. Il se base sur le rapport d'accréditation de l'ANAES de la visite effectuée en janvier 2003. Le responsable qualité conduit les groupes de travail et assure le suivi des actions sans qu'un programme ne soit néanmoins formalisé.

Une évolution récente du mode de fonctionnement a abouti à la mise en place d'un comité de pilotage unique (CPU) et permanent pour l'ensemble des projets institutionnels. Ce CPU regroupe l'ensemble de l'établissement (direction, médecin, représentant du personnel, personnel d'encadrement, représentants des usagers, responsable qualité, président du comité de coordination des risques, responsable du bureau des entrées, responsable de services techniques, responsable du service informatique, responsable de la formation continue, pharmacien). Son but est de partager une vision d'ensemble de l'institution, d'en comprendre les enjeux et de hiérarchiser les différents projets en tenant compte des orientations stratégiques de l'établissement.

C'est ce CPU qui siège en qualité de comité de pilotage qualité et qui traite des questions relatives à la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Un directeur adjoint a en charge la coordination de la démarche qualité et un responsable qualité conduit la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques.

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

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
Recommandation	Assurer la traçabilité des informations données au patient et de la réflexion bénéfico-risque	En cours	Une procédure sur les « Modalités d'application du droit à l'information de la personne » a été élaborée. Le personnel, y compris médical, est sensibilisé à son application. La traçabilité des informations sera aussi assurée avec la mise en place du dossier du patient informatisé en cours de finalisation.	En cours	Malgré la mise en place d'une procédure et malgré les efforts de sensibilisation qui ont été déployés par l'établissement, la traçabilité des informations données au patient, et celle de la réflexion bénéfico-risque demeurent limitées. L'établissement table sur la mise en place prochaine du dossier informatisé pour faire évoluer les pratiques dans ce domaine.
Recommandation	Évaluer la satisfaction et les attentes des patients	Oui	Évaluation réalisée à travers l'analyse régulière des questionnaires de sortie, des plaintes et réclamations au sein du comité de coordination des risques (CCR) et de la commission de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ).	Oui	Le dispositif de recueil et d'analyse de la satisfaction des patients et de leur entourage a été amélioré en 2006, avec en particulier une refonte et une extension des questionnaires de sortie et ceux de satisfaction. L'appropriation par les professionnels concernés est en cours. D'autres modalités ont été également développées pour faciliter l'expression des patients et de leur entourage.
Recommandation	Systématiser la signature de toutes les prescriptions	Oui	Les prescriptions sont signées des médecins de l'institution. Avec la mise en place du dossier du patient informatisé, la signature sera	En cours	L'établissement s'est organisé pour que les prescriptions médicales soient signées pour tous les actes le nécessitant. L'évaluation effectuée en

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
	médicales		systematique.		2006 montre que deux tiers des prescriptions ne comportent pas le nom lisible du médecin. La mesure spécifique de la proportion de prescriptions signées n'a pas été effectuée.
Recommandation	Renforcer la coordination avec le médecin traitant du patient	En cours	Lorsque le patient souhaite que son médecin traitant soit informé, plusieurs échanges téléphoniques ont lieu avec ce dernier et un courrier lui est envoyé dans le cas où le patient a été adressé par lui.	En cours	L'établissement se préoccupe du renforcement de la coordination avec le médecin traitant du patient. Cette coordination n'est pas toujours aboutie, et la satisfaction sur ce point des correspondants médicaux externes n'a pas été évaluée.
Recommandation	Mettre en place une démarche d'évaluation pour l'ensemble des fonctions logistiques	En cours	Les fonctions logistiques ont été évaluées à travers l'enquête de satisfaction sur les fonctions transversales.	En cours	Les fonctions logistiques ont été évaluées à travers l'enquête de satisfaction sur les fonctions transversales. L'exploitation des résultats, la mise en œuvre des axes d'amélioration et le renouvellement d'enquêtes de satisfaction ciblées permettront de boucler la boucle de la démarche d'amélioration continue de la qualité.
Recommandation	Créer un secteur chargé de l'information médicale placé sous la responsabilité	En cours	Une réflexion est engagée sur la création de la commission de l'information médicale.	En cours	Dans l'attente de la désignation d'un praticien responsable de DIM (qui sera effective en 2007), c'est le Président de la CME qui a assuré cette fonction, sans toutefois disposer du temps nécessaire pour développer

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
	d'un médecin				cette activité concernant l'information médicale.
Recommandation	Mettre en œuvre et évaluer la politique de gestion de la qualité et de prévention des risques	Oui	Un comité de coordination des risques intégrant les vigilances est en place depuis avril 2004. Un programme de gestion des risques a été élaboré et fait l'objet d'un bilan.	En cours	L'étape de l'appréciation de la pertinence des outils mis en place est en cours, et celle de l'évaluation de l'efficacité de l'ensemble du dispositif n'est pas développée.
Recommandation	Formaliser, mettre en œuvre et évaluer la politique de vigilance sanitaire.				

III. Association des usagers à la procédure d'accréditation

Les représentants des usagers, par leur présence au comité de pilotage unique, participent à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi de tous les dossiers importants de l'établissement. Ils sont présents au comité permanent aussi bien lorsqu'il siège en qualité de comité de pilotage qualité que lorsqu'il analyse les autres projets. Ils participent aussi aux programmes d'amélioration de la qualité (PAQ).

L'établissement dispose de trois représentants des usagers membres du conseil d'administration et tous les trois ont participé à l'auto-évaluation à travers les groupes de travail : étude des références, références 1 à 7, références 26 à 31, référence 44b.

IV. Interface avec les tutelles en matière de sécurité

La fiche navette des contrôles sécurités a été transmise à la MRIICE, qui n'a pas formulé d'observations au regard des informations mentionnées par l'établissement. Les fiches synthèse sécurité ont été renseignées par l'établissement, et examinées par les experts-visiteurs.

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 population, en termes de soins et de prévention.	Les orientations stratégiques ont été élaborées en prenant compte le SROS et les données relatives à l'état de santé de la population.	A
1 b	Les orientations stratégiques organisent la complémentarité avec les autres établissements du territoire de santé et la participation aux réseaux de santé.	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.	Le processus d'élaboration des orientations stratégiques (projet d'établissement) favorise la participation des instances et des responsables. Leurs rôles respectifs sont définis et la transmission d'informations communication organisée. Leur implication est effective.	A
1 d	La direction et les responsables mettent en œuvre leur politique en conformité avec les orientations stratégiques.	Dans les différents domaines d'activité, la direction et les responsables précisent les choix stratégiques retenus et identifient les objectifs nécessaires à leur réalisation. Ils en assurent la communication et le suivi.	A

Réf. 2	L'établissement accorde une place primordiale au patient et à son entourage		Cotations
2 a	Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'établissement.	L'établissement intègre le respect des droits du patient et de l'information du patient dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques et dans son organisation. La sensibilisation des professionnels est assurée.	A
2 b	L'expression du patient et de son entourage est favorisée.	Les entretiens et les échanges entre les professionnels, les patients et leur entourage sont réalisés dans des conditions propices à l'expression. Des locaux adaptés sont disponibles à cet effet. Le recueil des suggestions et plaintes est organisé.	A
2 c	Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.	Des réflexions éthiques sont en cours sur des sujets comme l'hospitalisation des mineurs en service adultes, la mise en chambre d'isolement, la violence, l'utilisation de l'image et de la vidéo dans l'établissement. L'analyse des résultats des questionnaires de sortie contribue également à alimenter la réflexion au sein des services. Des rencontres avec des associations et des débats sont organisés. Ces démarches ne s'inscrivent pas actuellement dans une démarche structurée. La mise en place d'un comité d'éthique est prévue en 2007. L'établissement de santé devra poursuivre l'organisation de la réflexion éthique autour de la prise en charge du patient.	C
2 d	La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients.	Les attentes du patient sur le plan hôtelier sont recueillies et prises en compte. Elles permettent de définir et de mettre en œuvre une politique hôtelière.	A
2 e	Les représentants des patients participent à l'évaluation et à l'amélioration des services rendus par l'établissement.	Les représentants des patients sont désignés. Ils siègent aux instances et participent à la vie de l'établissement et aux démarches qualité et de certification. Leur avis est pris en compte pour améliorer le service rendu au patient.	A

Réf. 3	La politique des ressources humaines est en conformité avec les missions et les orientations stratégiques de l'établissement		Cotations
3 a	Les responsabilités dans la gestion des ressources humaines sont identifiées.	Les différents intervenants sur la gestion des ressources humaines sont identifiés tant au niveau de l'établissement que des secteurs d'activité. Une évaluation récente a montré que leur rôle n'est pas toujours connu par le personnel.	B
3 b	Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.	Il existe une politique d'anticipation des besoins en personnel à court, moyen et long terme dans une dimension à la fois quantitative et qualitative au sein de l'établissement et des secteurs d'activité. Les outils et indicateurs de gestion prévisionnelle ne sont pas aboutis.	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.	Les conditions de travail et les risques professionnels sont évalués et un plan d'amélioration des conditions de travail est élaboré. Des actions de suivi et d'évaluation sont planifiées.	A
3 d	La motivation des personnels est recherchée en favorisant leur adhésion et leur implication.	Des actions sont identifiées et conduites au sein de l'établissement de santé pour favoriser l'adhésion, la participation et la motivation des personnels.	A

Réf. 4	La politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement		Cotations
4 a	Le schéma directeur du système d'information s'appuie sur les orientations stratégiques de l'établissement.	Le schéma directeur 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 système d'information 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.	Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs sont utilisées. Leur efficacité est régulièrement évaluée.	A
4 d	Les professionnels concernés reçoivent un accompagnement et une formation pour traiter et utiliser les données.	Les personnels utilisateurs bénéficient de formations et d'accompagnement personnalisé. En l'absence de médecin DIM, le traitement et l'utilisation de certaines données médicales demeurent partiels.	B
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 est définie en associant les instances et les professionnels concernés. Cette politique favorise la confidentialité, la fiabilité, l'accessibilité et le stockage des informations ainsi que la coordination des professionnels et des secteurs d'activité.	A

Réf. 5	L'établissement définit et met en œuvre une politique de communication		Cotations
5 a	La direction et les responsables développent une politique de communication interne.	La direction et les responsables identifient les objectifs devant faire l'objet d'une communication interne, définissent les moyens et les personnes chargées de mettre en œuvre la politique de communication.	A
5 b	Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement.	L'organisation de la communication est en place dans l'établissement. L'enquête de satisfaction menée auprès des personnels en juin 2006 a mis en évidence le fait que un peu plus de la moitié de ceux-ci se sent insuffisamment informé sur les orientations stratégiques et sur les résultats des projets en cours.	B
5 c	La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.	Des actions sont mises en place afin que le public et les correspondants externes aient accès aux orientations stratégiques et à la vie de l'établissement. Ces actions demeurent partielles. L'établissement prévoit en particulier de créer un site Internet en 2008.	B

Réf. 6	L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques		Cotations
6 a	La direction et les instances définissent les priorités et les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.	Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques sont définis et hiérarchisés de manière concertée entre la direction et les instances. Ils sont communiqués aux professionnels.	A
6 b	La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles.	L'établissement a développé depuis avril 2006 des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles. Il envisage de poursuivre et de développer les démarches en cours, et de les intégrer dans sa démarche globale d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.	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. Le recrutement de référents qualité au sein de chaque pôle d'activité est en cours.	B

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. Gravité 2 dynamique oui type I	Quelques éléments de comptabilité analytique permettent de connaître une partie des coûts par activité. Ces éléments sont diffusés aux responsables des pôles et aux cadres de santé. Il n'y a pas d'objectifs précisément définis. L'établissement n'élabore pas de tableaux de bord détaillés par secteur d'activité. En l'absence d'objectifs précis, l'analyse ne peut être menée de manière suffisamment fine. Une réflexion sur la contractualisation interne est en cours.	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.	Les modalités d'utilisation des équipements permettent leur optimisation. La mutualisation des équipements en interne et en externe est organisée.	A

CHAPITRE II
RESSOURCES TRANSVERSALES

A – RESSOURCES HUMAINES

Réf. 8	Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement		Cotations
8 a	Les instances représentatives des personnels sont consultées à périodicité définie et traitent des questions relevant de leur compétence.	Les instances sont réunies périodiquement conformément à la réglementation. Un suivi est assuré sur les thèmes ayant fait l'objet de leur avis et suggestions.	A
8 b	D'autres modalités sont également prévues pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels.	Au-delà des instances représentatives, d'autres modalités sont définies et mises en œuvre pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels. Le suivi de ces actions est assuré, mais les résultats de l'enquête de satisfaction menée auprès des personnels en juin 2006 montre que les deux tiers d'entre eux ne sont pas satisfaits de l'organisation du dialogue social.	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 requises.	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. Son impact est régulièrement évalué et son programme réajusté.	A
9 c	La formation continue, y compris médicale, contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des personnels.	Il existe un plan de formation qui permet de répondre aux orientations stratégiques de l'établissement de santé et des secteurs d'activité, aux besoins individuels, notamment en termes de promotion, et qui associe dans son élaboration les différents acteurs institutionnels. Sa mise en œuvre est maîtrisée (recueil de besoins, critères de priorisation, politique de choix et d'achat de formations, etc.) et évaluée. Il n'existe pas de plan de formation médicale. Un bilan des formations effectuées par les médecins est effectué annuellement en CME.	B
9 d	L'évaluation des personnels est mise en œuvre.	L'évaluation des personnels non médicaux est mise en place et ses résultats sont utilisés dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines. L'évaluation des personnels médicaux n'est pas organisée.	B
9 e	La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles.	Des modalités de gestion sont définies, diffusées, appropriées et appliquées par l'ensemble des gestionnaires du personnel. Elles garantissent les principes de disponibilité, d'intégrité, de confidentialité et de sécurité des dossiers du personnel.	A

B – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

Réf. 10	Les fonctions hôtelières, assurées par l'établissement ou externalisées, sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage		Cotations
10 a	Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	Les locaux et l'organisation des soins permettent le respect de l'intimité et de la dignité du patient tout au long de sa prise en charge et dans tous les secteurs de l'établissement, à l'exception dans certains bâtiments vétustes. Un programme de rénovation de ces bâtiments est en cours. Les professionnels sont formés et sensibilisés sur ce thème.	B
10 b	Les conditions d'hébergement des personnes handicapées ou dépendantes sont adaptées.	Les locaux et l'organisation des soins sont adaptés aux besoins des patients handicapés ou dépendants, à l'exception des bâtiments non encore rénovés. Les professionnels sont formés et sensibilisés à la spécificité de cette prise en charge.	B
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.	Des possibilités de restauration sont offertes aux accompagnants. Celles-ci sont connues des professionnels, des patients et de leur entourage. Il n'y a pas de possibilités d'hébergement pour les accompagnants. L'établissement se situant en pleine ville, il existe de nombreuses possibilités d'hébergement à proximité.	B

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

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

C – ORGANISATION DE LA QUALITÉ ET 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.	L'établissement dispose d'une organisation permettant le recueil et l'analyse des besoins, des attentes, de la satisfaction et des plaintes des patients. Ce système permet la mise en place d'actions d'amélioration. La tenue de groupes de parole dans les services de soins n'est pas généralisée.	B
13 b	Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps.	L'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité partiellement formalisé. Des objectifs sont précisés dans le projet d'établissement. Les échéances et les modalités de suivi sont définies et communiquées.	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.	L'établissement met en œuvre les actions permettant le déploiement de la démarche qualité dans les secteurs d'activité. L'identification des référents par secteurs est en cours, ainsi que la définition de leurs responsabilités. Des actions sont conduites dans les différents secteurs.	B
13 f	La gestion documentaire est organisée.	L'établissement a organisé son système de gestion documentaire. Les personnels ont bénéficié de formations à l'utilisation de ce système, et de nouvelles sessions sont programmées. Ce système permet un accès à l'information, mais non encore maîtrisé par tous. L'harmonisation des moyens est en cours.	B
13 g	Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré.	L'établissement a mis en place des dispositions permettant d'assurer le suivi du programme d'amélioration de la qualité. Ces dispositions sont appliquées.	A

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
14 a	Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées.	L'établissement dispose d'une visibilité non encore exhaustive de ses risques grâce à un regroupement des informations et une veille réglementaire en matière de sécurité. Il partage ces informations avec les différents professionnels.	B
14 b	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a priori</i> les risques.	L'établissement a initialisé une démarche structurée d'identification et d'analyse des risques <i>a priori</i> . Un document décrit la méthodologie du projet. Le document unique sur les risques professionnels est élaboré. La fiche de signalement d'incidents est opérationnelle. Les responsabilités ne sont pas précisément définies par domaine de risques. Les rapports annuels et les comptes rendus des réunions des instances sont réalisés. La réalisation de la cartographie des risques <i>a priori</i> ainsi que l'élaboration des outils (procédures, formulaires) sont inscrites comme objectifs sur la période 2007-2008. L'établissement devra finaliser son programme de gestion des risques <i>a priori</i> .	C
14 c	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques.	L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification et d'analyse des incidents et accidents survenus. Cependant, l'analyse nécessite d'être structurée globalement pour assurer le traitement des causes. Les responsabilités sont définies pour l'identification, le signalement et l'analyse.	B
14 d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.	Des actions de réduction des risques sont hiérarchisées et mises en œuvre. Les modalités d'analyse ne permettent pas toujours d'aboutir à l'étape ultime de traitement des causes. Les instances et les professionnels sont impliqués.	B
14 e	La gestion d'une éventuelle crise est organisée.	Des programmes institutionnels de gestion de crise ont été préparés (ex : grippe aviaire). Le plan blanc est également formalisé. Cependant, l'établissement n'a pas encore validé son projet d'organisation adaptée pour prendre en charge la survenue d'une situation exceptionnelle (épidémie, accident grave) au sein d'une structure, afin d'en limiter les conséquences. Cette organisation prévoit : la cellule de crise, les circuits d'alerte, la formation des professionnels, les scénarios de crise et des actions de communication impliquant les professionnels de tous les secteurs. L'établissement devra développer son programme de gestion de crise.	C

Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		Cotations
14 f	L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.	L'établissement est organisé pour faire face aux risques exceptionnels. Les plans d'urgence sont formalisés, mais l'actualisation du plan blanc n'a pas été réalisée avec la régularité définie. La traçabilité des différentes révisions n'apparaît pas. Les professionnels connaissent les modalités de mise en œuvre et leur rôle dans le dispositif par la formation, laquelle reste à développer en incluant des simulations. Des actions de communication complètent cette organisation. Une note de service pour rappel des responsabilités est en cours pour diffusion.	B

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

D – QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

Réf. 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place		Cotations
16 a	Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.	Une identification des patients et des activités à risque infectieux, rares dans ce type d'établissement, a été réalisée, mais un programme de surveillance n'a pas été formalisé. Le suivi des actions est néanmoins assuré.	B
16 b	Une formation de l'ensemble des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux spécifique à la prise en charge est assurée.	L'établissement a organisé pour l'ensemble du personnel une formation régulière adaptée aux besoins spécifiques de la prise en charge, actualisée sous la direction du CLIN. L'évaluation et l'adaptation éventuelle n'ont pas été mises en œuvre.	B
16 c	Des protocoles ou procédures de maîtrise du risque infectieux, validés, sont utilisés.	Il existe des protocoles et procédures de maîtrise du risque infectieux, validés par le CLIN, et adaptés aux activités de l'établissement. Leur utilisation n'a pas été évaluée.	B
16 d	Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé.	Des règles de bonnes pratiques sont en place et diffusées, concernant l'usage des antibiotiques et l'antibioprophylaxie. Elles font l'objet d'une actualisation régulière. Le suivi de la consommation des antibiotiques existe, mais la procédure générale de suivi de cette consommation n'est pas formalisée.	B
16 e	Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, y compris les professionnels temporaires et les étudiants, est établi en concertation avec la médecine du travail.	Le risque infectieux des professionnels (y compris étudiants, stagiaires et intérimaires) est évalué à périodicité définie, et un programme concerté de prévention et de prise en charge des infections est élaboré et mis en œuvre. Une action d'information à tous les professionnels pour rappel des obligations de vaccination n'a pas été menée.	B
16 f	Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.	Le dispositif de signalement des infections nosocomiales est opérationnel. Les professionnels de l'établissement le connaissent. Il repose sur la formation et l'information de tous les professionnels de l'établissement. La procédure de signalement n'a pas été formalisée.	B

Réf. 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place		Cotations
16 g	Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.	Une information et une formation de l'ensemble des professionnels permettent de connaître le dispositif (alerte, identification et gestion) mis en place face à un phénomène épidémique. Des mesures préventives permettent d'éviter la survenue ou la récurrence d'un tel phénomène. Cependant, la liste d'événements précurseurs d'alerte à la disposition des personnels n'a pas été élaborée.	B

Réf. 17	La gestion des risques liés aux dispositifs est assurée		Cotations
17 a	Le prétraitement et la désinfection des équipements et dispositifs médicaux font l'objet de dispositions connues des professionnels concernés.	Les professionnels chargés du prétraitement et de la désinfection des dispositifs médicaux et des équipements ont été formés mais une actualisation de cette formation n'a pas été effectuée pour tout le personnel concerné. Les personnels utilisent des protocoles validés.	B
17 b	En stérilisation, la maîtrise de la qualité est assurée.	L'établissement ne pratique aucune activité de stérilisation. Une convention existe avec le centre hospitalier général d'Alençon pour la prise en charge de la stérilisation du petit matériel utilisé par le cabinet dentaire du CPO. Une procédure formalisée décrit le processus et la traçabilité est effective.	NA
17 c	La maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est assurée.	La politique est définie et l'organisation de la maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est en place. Elles sont connues des utilisateurs. Les dysfonctionnements sont analysés et les actions d'amélioration mises en œuvre.	A

Réf. 18	La gestion des risques liés à l'environnement, hors infrastructures et équipements, est assurée		Cotations
18 a	L'hygiène des locaux est assurée.	L'établissement a mis en place 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 essentiellement visuels et des évaluations sont effectués. Il n'y a pas de prélèvements aux sols. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	B
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 permettant d'assurer la qualité de l'eau dans ses différentes utilisations, basée sur l'application des normes de sécurité, la formation des personnels, la mise en œuvre de contrôles périodiques et des actions d'amélioration. Cependant, le risque de légionellose demeure latent, en raison de la vétusté de certaines parties du réseau d'eau chaude. Ce risque est pris en compte par l'établissement, et se réduit au fur et à mesure que les travaux de rénovation de pavillons sont menés.	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 ne comporte pas de secteurs à risque. Il 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 œuvre de contrôles périodiques et des actions d'amélioration. Des prélèvements d'air sont effectués dans les rares pièces concernées par le risque amiante. Dans les pièces disposant de climatiseurs et dans les salons réservés aux fumeurs, il n'y a pas de contrôles périodiques de la qualité de l'air. Les filtres et bouches d'extraction sont nettoyés au moins une fois par an et chaque intervention est tracée.	B
18 d	L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est organisée.	Une organisation d'élimination des déchets est en place. Les professionnels sont formés, des mesures de protection sont en place. Les dysfonctionnements sont régulièrement analysés et suivis d'actions d'amélioration. L'appropriation du protocole de tri et de collecte n'est pas aboutie. L'établissement a fait le choix de mettre tous les déchets des salles de soins dans les sacs à DASRI.	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

Réf. 19	La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements, hors dispositifs médicaux, sont assurées		Cotations
19 a	La sécurité des bâtiments, des installations et des équipements fait l'objet d'un suivi.	Le suivi de la sécurité des bâtiments, des installations et des équipements est assuré. Les dysfonctionnements sont identifiés et traités.	A
19 b	La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée.	L'établissement s'assure du passage régulier de la commission de sécurité et met en œuvre les mesures prescrites. Il n'y a pas eu de réflexion globale incluant les locaux non concernés par les obligations émises par la commission de sécurité. Quelques pièces (archives temporaires dans les services, salle des serveurs du service informatique, espace de jour pour enfants) ne sont pas équipées de détecteurs de fumée. L'établissement s'est montré réactif aux remarques des experts-visiteurs, et il a identifié les premières décisions qu'il entend prendre dans ce domaine. Un agent de sécurité, à temps partiel, est chargé de réaliser les formations de l'ensemble des personnels. Tous n'ont pas bénéficié de cette formation, et celle-ci n'est pas systématiquement réactualisée. Il n'existe pas de recensement centralisé et d'outil de gestion qui faciliteraient la connaissance des besoins de l'établissement. Les exercices de simulation d'évacuation ne sont pas réalisés régulièrement et ne couvrent pas l'ensemble des bâtiments. La connaissance des consignes de sécurité et des protocoles d'alerte par les personnels n'a pas été évaluée. Les dispositions vis-à-vis du tabagisme sont annoncées dans le livret d'accueil et une attention particulière est portée par le personnel de nuit.	C
19 c	La maintenance préventive et curative est assurée.	L'organisation mise en place permet d'assurer la maintenance préventive et curative des infrastructures et des équipements. L'évaluation de l'efficacité du dispositif en place n'est pas effectuée.	B
19 d	Les protocoles d'alerte et d'intervention concernant la sécurité des infrastructures sont disponibles et connus des professionnels.	Il existe des protocoles d'alerte et d'intervention, diffusés à l'ensemble des professionnels. Leur appropriation par les professionnels n'est pas généralisée.	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.	Des dispositions, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement, sont mises en œuvre pour assurer la conservation des biens des patients et des professionnels.	A
20 b	Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en œuvre.	L'établissement a mis en œuvre les mesures préventives de sécurité des personnes dans tous les secteurs.	A
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 de personnes sont mises en œuvre. Elles n'ont pas été réactualisées récemment. Les rôles respectifs des professionnels et des patients (entourage) sont connus.	B

E – SYSTÈME 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 au personnel.	A
21 b	Les données nécessaires à la prise en charge des patients sont communiquées en temps utile et de façon adaptée aux besoins.	L'organisation permet la mise à disposition des professionnels concernés des données nécessaires aux différents stades de la prise en charge du patient sous forme adaptée aux besoins. Certains professionnels souhaiteraient néanmoins voir diminuer le délai d'accès aux informations entre l'intra- et l'extrahospitalier.	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.	L'établissement a identifié et recueilli les données nécessaires au suivi de son activité. Les responsables des secteurs d'activité en sont généralement destinataires, mais cette démarche n'est pas uniforme.	B
21 e	Le contrôle qualité des données est en place.	Bien que la création d'un secteur chargé de l'information médicale ait fait l'objet d'une recommandation à la suite de la première visite d'accréditation en 2003, l'établissement ne dispose pas encore d'un médecin DIM : son recrutement est cependant prévu en février 2007. Il n'existe pas de document de contrôle de la qualité des données et pas d'exploitation organisée des résultats. Une procédure définissant les modalités de ce contrôle est en cours de rédaction.	C

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.	Il existe des consignes de contrôle de l'identification du patient tout au long de sa prise en charge. Elles sont utilisées, mais elles n'ont pas été évaluées.	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).	Il existe des modalités de mise en concordance des identités lors des échanges de données entre l'établissement et d'autres structures sanitaires, notamment au travers du bulletin de situation. Ce mode de fonctionnement n'a pas été évalué.	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 et met en œuvre les mesures nécessaires pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et l'auditabilité du système d'information. Le local des serveurs informatiques ne dispose pas de détecteur incendie.	B
23 b	La sécurité du système d'information est évaluée lors d'un diagnostic initial puis à périodicité définie.	Une évaluation concernant notamment la sécurisation du système d'information a été effectuée récemment. Cette démarche n'est pas périodique et les actions d'amélioration n'ont pas été définies.	B
23 c	Les traitements de données à caractère personnel font l'objet des démarches et 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.	Des règles définissant le contenu et la tenue du dossier du patient sont élaborées, et sont réunies dans un guide mis à la disposition des personnels concernés. L'évaluation du dossier du patient menée en 2006 a mis en exergue certains axes d'amélioration, notamment l'actualisation de ce guide d'utilisation.	B
24 b	Les règles de communication du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	Des règles précisant les modalités de communication du dossier du patient sont élaborées. L'établissement n'a pas mené d'évaluation qui lui permettrait d'affirmer qu'elles sont connues des professionnels concernés et qu'elles sont appliquées.	B
24 c	Les règles de conservation du dossier du patient sont connues des professionnels concernés.	L'établissement a développé une communication et/ou une formation régulière des professionnels concernés sur les règles de conservation du dossier du patient. Il s'assure de leur application.	A
24 d	Les professionnels connaissent leurs responsabilités dans la préservation de la confidentialité des données personnelles.	Les professionnels concernés par la confidentialité des données personnelles sont identifiés. Les règles garantissant sa préservation sont connues.	A
24 e	L'accès aux dossiers est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.	L'organisation mise en place par les responsables assure l'accès au dossier pour le patient et les personnes habilitées. Elle est connue des professionnels et des patients.	A

CHAPITRE III
PRISE EN CHARGE DU PATIENT

A – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITÉ

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.	Depuis la mise en place du fonctionnement par pôles, en 2005, les responsables de chaque secteur d'activité élaborent, de façon concertée, un projet qui s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement. Le développement de la qualité des outils de management (projets de pôles, tableaux de bord, comptes rendus, procédures, protocoles...) n'est pas encore abouti.		B			
25 b	Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.	Les responsables sont impliqués dans l'organisation des activités de leur secteur. Ils ne disposent pas de l'ensemble des outils nécessaires à la définition des objectifs d'activité et au suivi des moyens du pôle d'activité. Par exemple, il n'existe pas de budget global de pôle, mais les responsables se voient attribuer des enveloppes spécifiques (travaux, matériel, formation...).		B			
25 c	Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine.	Les responsables des secteurs d'activité définissent ou participent à la définition des champs de complémentarité et de partenariat potentiel. L'organisation mise en place n'est pas complètement formalisée et l'établissement a défini un axe d'amélioration concernant l'utilisation d'un support de complémentarité (fiche de liaison).		B			
25 d	Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leurs attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.	Chaque responsable de secteur d'activité a défini son propre processus décisionnel dans le cadre de ses attributions. La diversité des modalités et des pratiques de diffusion des décisions prises ne permet pas de garantir l'efficacité de ces dispositifs.		B			

Réf. 25	Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
25 e	Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.	Les responsables s'impliquent dans le développement de la motivation de leur équipe. Des moyens sont mis en œuvre pour favoriser la motivation individuelle (entretiens, évaluation annuelle...). L'établissement n'a pas défini de politique d'intéressement, ni formalisé de mode de communication des performances collectives.		B			
25 f	Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.	Bien que n'ayant pas connaissance de leur budget de pôle, les responsables s'impliquent dans l'efficacité de leur secteur d'activité et disposent de quelques outils leur permettant de s'assurer de la bonne utilisation des ressources.		B			
25 g	Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration.	Les responsables sont institutionnellement impliqués dans l'évaluation et l'amélioration des performances de leur secteur d'activité. Ils ne disposent pas de l'ensemble des outils pour le faire. Ils sont formés aux principes de la démarche qualité.		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.	Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social et leur accès par les seules personnes autorisées.		A			
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.	Les pratiques professionnelles et les moyens mis en place, en particulier les actions de sensibilisation, permettent d'assurer le respect de la dignité et de l'intimité des patients.		A			
26 c	La prévention de la maltraitance du patient (résidant – USLD) au sein de l'établissement est organisée.	Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et appliquent les bonnes pratiques notamment en matière de contention. Les situations à risque sont identifiées et un système de signalement est en place.		A			
26 d	La volonté du patient (résidant – USLD) 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. Elles ne font pas l'objet d'une évaluation formalisée.		B			

Réf. 27	L'accueil du patient (résidant – USLD) et de son entourage est organisé		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
27 a	Les besoins et les attentes du patient (résidant – USLD) sont identifiés, y compris les besoins sociaux.	Les informations concernant les besoins et les attentes du patient sont recherchées, et rassemblées aux moments de l'accueil. La disponibilité des informations n'est pas identique sur tous les pôles.		B			
27 b	Le patient (résidant – USLD) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.	Les conditions de l'accueil, la sensibilisation du personnel et les supports d'information font que les patients reçoivent une information claire et adaptée sur les conditions de son séjour. Le développement de l'analyse des résultats du questionnaire de sortie permettra à l'établissement de s'en assurer.		B			
27 c	L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient (résidant – USLD) et/ou de son entourage.	L'établissement s'organise pour rendre progressivement l'ensemble des secteurs d'activité concernant le patient accessible aux handicapés, au fur et à mesure des travaux de rénovation des locaux.		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.	L'établissement s'est organisé pour accueillir les détenus dans des conditions respectant la sécurité, avec une mise en chambre d'isolement systématique. Ce dispositif n'apparaît pas le plus satisfaisant en termes de dignité et de qualité des soins. Les professionnels réfléchissent à des pistes d'amélioration à mettre en œuvre.		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'établissement ne dispose pas d'un service spécifique dédié exclusivement à l'accueil des patients qui se présentent pour une urgence. Les urgences psychiatriques sont habituellement accueillies dans les services des urgences des centres hospitaliers du département. L'établissement s'est tout de même organisé pour accueillir toute personne se présentant pour une urgence.		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 de santé 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 dispositif actuel ne permet pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins concernant les adolescents. L'établissement poursuit la mise en œuvre d'un dispositif spécifique, qui permettra courant 2007 d'apporter les améliorations attendues pour les adolescents.		B			
28 c	Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.	Lorsque les besoins d'une personne qui s'est présentée pour une urgence ne relèvent pas prioritairement d'une prise en charge psychiatrique, un transfert est organisé vers le centre hospitalier. Ce ne sont pas les autres spécialistes qui se déplacent dans l'urgence.		NA			
28 d	La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.	L'organisation de la gestion des lits d'hospitalisation ne vient pas s'inscrire dans un dispositif de réponses à l'urgence.		NA			

Réf. 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résident – USLD) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – USLD)		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
29 a	Le patient (résident – USLD) et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.	Une organisation formalisée impliquant le patient et, le cas échéant, son entourage, dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique est mise en œuvre dans chaque secteur d'activité. Le point de vue du patient et de son entourage, s'il y a lieu, n'est pas systématiquement tracé dans le dossier du patient.		B			
29 b	Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures/24.	La dispersion des lieux de soins (dont certains ne fonctionnent qu'à temps partiel) et des lieux d'archivage ne permet pas d'assurer l'accès 24 heures/24 à la totalité des données issues de consultations ou d'hospitalisations antérieures. Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements ne sont pas généralisés. L'établissement est engagé dans un projet d'informatisation du dossier du patient incluant tous les lieux de soins, ce qui permettra un accès 24 heures/24. L'établissement devra assurer l'accessibilité 24 heures/24 de ces données.		C			
29 c	Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient (résident – USLD) et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.	Les besoins des patients sont identifiés. Ils sont pris en compte de façon coordonnée par les professionnels des différents secteurs d'activité, mais ils restent à formaliser.		B			
29 d	La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient (résident – USLD).	Les praticiens sont responsables de la mise en œuvre de la réflexion bénéfice-risque et de sa traçabilité dans les dossiers. En dehors du traitement par sismothérapie, la traçabilité de cette réflexion pour chaque patient au sein de son dossier n'est pas effective. Dans le projet de dossier informatisé, il a été prévu un champ qui permettra d'indiquer que cette réflexion a effectivement été menée.		C			

Réf. 29	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient (résident – USLD) donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge (son séjour – USLD)		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
29 e	Lorsqu'une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient (résident – USLD), celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie, et d'une information au patient (résident – USLD) 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 dans le dossier du patient et d'une prescription écrite. Elles sont réévaluées au cas par cas et non à périodicité définie.		B			
29 f	Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient (résident – USLD).	L'ensemble des professionnels notent leurs observations dans le dossier du patient et se coordonnent pour ajuster de façon régulière le projet thérapeutique. L'établissement n'a pas mené d'évaluation qui lui permettrait de s'en assurer.		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.	Les patients âgés 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. Ce dispositif n'est pas généralisé à l'ensemble des autres patients.		B			
30 b	Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.	Les conduites addictives à l'alcool sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée. L'établissement est en cours d'élaboration de protocoles concernant la prise en charge des toxicomanes, et autres conduites addictives. L'établissement devra structurer l'organisation de la prise en charge des conduites addictives (autres que l'alcool).		C			
30 c	La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.	La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque. La formalisation de la prise en charge n'est pas effective.		B			
30 d	Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.	Les patients concernés sont identifiés, mais ils ne font pas systématiquement l'objet d'une évaluation prenant en compte la situation clinique.		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			
30 f	Les escarres font l'objet d'une prévention.	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			

Réf. 31	Le patient (résidant – USLD) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31 a	Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.	La coordination des professionnels permet au patient de recevoir une information cohérente sur ses soins et son état de santé, tout au long de sa prise en charge. L'évaluation de la coordination des professionnels en matière d'information n'est pas réalisée.		B			
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. L'établissement n'en a pas mesuré l'impact sur la compréhension du patient.		B			
31 c	Le patient (résidant – USLD) désigne les personnes qu'il souhaite voir informer.	Les coordonnées des personnes que le patient souhaite voir informer sont recueillies, mais ne sont pas systématiquement tracées dans le dossier.		B			
31 d	Le consentement éclairé du patient (résidant – USLD) ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant.	Avant toute demande de consentement, le patient ou son représentant légal est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leurs risques et leurs bénéfices. Le consentement du patient ou de son représentant légal n'est pas systématiquement tracé dans le dossier.		B			
31 e	Un consentement éclairé (résidant – USLD) du patient est formalisé dans les situations particulières.	Avant toute demande de consentement, le patient (le représentant légal, le cas échéant) est informé sur les actes de prévention, d'exploration et de soins qui le concernent en particulier sur leur bénéfice-risque. La traçabilité du consentement éclairé dans certaines situations connues des professionnels n'est pas généralisée.		B			

Réf. 31	Le patient (résident – USLD) est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge		Cotations				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31 f	Le patient (résident – USLD) est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge.	<p>Le patient est informé oralement, par le praticien, lors de la survenue d'un événement indésirable durant son séjour. L'information donnée n'est pas systématiquement tracée. L'établissement a pris des dispositions pour sensibiliser les professionnels concernés sur la nécessité de cette traçabilité. Les modalités d'information du patient après sa sortie ne sont pas définies. Il lui est conseillé de s'adresser à son médecin traitant s'il constate l'apparition d'un effet indésirable. L'établissement devra assurer la traçabilité de l'information donnée au patient dans le cas de survenue d'un événement indésirable.</p>		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.	En ce qui concerne la douleur morale, une organisation de la prévention et de la prise en charge systématique est connue des professionnels et elle est mise en œuvre. Elle tient compte des recommandations de bonnes pratiques. La prise en charge de la douleur physique est assurée par le praticien hospitalier généraliste sans référent identifié dans chaque service.		B			
32 b	Le patient (résidant – USLD) est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.	Le patient et/ou son entourage est impliqué dans la prise en charge de sa douleur. L'évaluation périodique de sa satisfaction n'est pas systématisée.		B			
32 c	Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.	Une formation à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur adaptée aux types de prise en charge commence à se mettre en œuvre. Son efficacité n'est pas régulièrement évaluée.		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 une dispensation et un approvisionnement 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 secteurs d'activité est assurée grâce à une organisation concertée fixant les responsabilités et planifiant la présence de professionnels.		A			
33 b	La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.	Chaque secteur a mis en place sa propre organisation des transmissions d'information entre les équipes médicales et paramédicales en vue d'assurer la coordination de la prise en charge entre elles. L'établissement n'a pas mené de réflexion sur l'efficacité des organisations en place.		B			
33 c	La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.	Seule une partie des professionnels bénéficie d'une formation réactualisée aux gestes d'urgence. Le système d'alerte est généralement connu. La maintenance du matériel d'urgence n'est pas organisée d'une manière qui permette de garantir qu'il soit constamment opérationnel. Les chariots ou les valises ne sont pas sécurisés, et les produits qu'ils contiennent servent parfois d'appoint dans des situations non urgentes. L'accès aux personnes-ressources est assuré. L'analyse des dysfonctionnements n'est pas organisée, et ne permet donc pas la mise en œuvre d'actions correctives éventuelles.		C			

Réf. 34	La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient (résidant – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
34 a	L'information contenue dans le dossier du patient (résidant – USLD) est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.	Tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques ne sont pas systématiquement tracés dans le dossier du patient. Le dossier est complété après la sortie du patient, le cas échéant.		B			
34 b	L'information contenue dans le dossier du patient (résidant – USLD) est accessible aux professionnels en charge du patient (résidant – USLD), en temps utile.	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. L'évaluation de cette organisation n'est pas encore aboutie.		B			
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. L'évaluation effectuée en 2006 montre que deux tiers des prescriptions ne comporte pas le nom lisible du médecin. L'évaluation n'a pas relevé la proportion de prescriptions simplement signées. L'établissement devra poursuivre ses actions, veiller à assurer la visibilité du nom du médecin.		C			
34 d	L'information sur son état de santé et son traitement donnée au patient (résidant – USLD) et/ou à son entourage est enregistrée dans le dossier du patient (résidant – USLD).	L'information est donnée au patient et/ou à son entourage sous forme orale. Elle n'est pas systématiquement tracée dans le dossier du patient.		B			

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.	Chaque examen complémentaire s'appuie sur une évaluation de l'état du patient, et les demandes d'examens précisent les objectifs et les renseignements cliniques pertinents. La réflexion bénéfice-risque n'est pas systématiquement tracée.		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 définies et mises en œuvre. Les procédures ne sont pas toutes formalisées.		B			
35 c	Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité clinique en termes de qualité et de délais de transmission.	Les règles de coordination entre secteurs d'activité clinique et médicotechnique relatives à la communication des examens sont définies et mises en œuvre. Les procédures ne sont pas toutes formalisées.		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/des dispositifs médicaux stériles est organisé, par étape, interfaces incluses. Sa sécurisation permet la prévention des événements indésirables évitables. L'organisation en place ne permet pas l'exhaustivité du recueil des événements indésirables.		B			
36 b	L'utilisation des médicaments suit les recommandations de bonne pratique en termes de pertinence de l'indication, de respect des contre-indications, et de connaissance des interactions et effets secondaires.	Les professionnels suivent les recommandations de bonne pratique de prescription des médicaments permettant d'assurer une bonne utilisation des médicaments. Les événements indésirables évitables liés à une utilisation non conforme ne sont pas systématiquement recueillis, d'autant plus que le dispositif en place ne permet pas d'individualiser les utilisations non conformes.		C			
36 c	L'administration du médicament au patient (résident – USLD) est conforme à la prescription et fait l'objet d'une traçabilité.	La conformité de l'administration du médicament à la prescription est recherchée par les professionnels habilités. C'est le support de prescription qui sert pour l'administration. En attendant l'informatisation du dossier du patient et du circuit du médicament, l'établissement teste depuis fin 2006 un support papier sur lequel est tracée d'une manière globalisée l'administration des médicaments pour l'ensemble des patients de l'unité de soins après la fin de la distribution. De plus, tous les professionnels concernés ne se sont pas encore approprié cette démarche. Tout événement indésirable lié à l'administration du médicament est géré directement avec le médecin. Une fiche de déclaration est rarement remplie, ce qui ne permet pas une analyse globale.		C			

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 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. En dehors de la mise en place d'ateliers du médicament par les professionnels, les patients ne disposent pas systématiquement d'informations adaptées à leur état de santé.		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 médicaments.		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.	L'établissement ne comporte pas de secteur d'activité interventionnelle, en dehors de soins de dentisterie.		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.	La seule activité interventionnelle dans laquelle les professionnels de l'établissement s'impliquent à tous les stades est la sismothérapie. Les séances sont réalisées au CH d'Alençon. Les informations pertinentes sont identifiées et leur transmission est assurée en pré-, en per- et en postopératoire auprès des professionnels concernés, du patient et de son entourage.		A			
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.	L'établissement ne participe pas aux activités ou à un réseau de prélèvements d'organes ou de tissus.		NA			
38 b	Une information sur le don d'organes ou de tissus est disponible pour le public.	L'établissement met à disposition du public une information sur les dons d'organes ou de tissus sous forme de plaquettes disponibles dans les salles d'attente et les halls administratifs. Compte tenu de la spécificité de l'établissement, ce dispositif ne fait pas l'objet d'une organisation développée.		B			
38 c	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes ou de tissus.	C'est uniquement par l'intermédiaire de plaquettes mises à disposition que les professionnels sont informés sur les enjeux concernant les dons d'organes ou de tissus.		B			
38 d	Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.	L'établissement ne pratique pas de prélèvements d'organes ou de tissus.		NA			

Réf. 39	Les activités de rééducation et/ou de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, en lien avec ceux des secteurs d'activité clinique (au sein des USLD – USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
39 a	Le patient (résidant – USLD) et son entourage sont partie prenante des activités de rééducation et/ou de soutien.	Tous les moyens sont mis en œuvre pour que l'implication du patient et de son entourage dans ses activités de rééducation et/ou de soutien soit obtenue.		A			
39 b	La prise en charge du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et de rééducation et de soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.	L'information réciproque et la coordination des professionnels sont organisées en vue d'une collaboration effective dans la prise en charge du patient. La traçabilité des données n'est pas systématique.		B			
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/ou de soutien conduit l'équipe pluridisciplinaire à rajuster la prise en charge si besoin. Les outils de mesure ne sont pas utilisés systématiquement.		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).	Une organisation permet de faire bénéficier le patient d'une éducation adaptée à son état de santé. Cette éducation vise l'appropriation des pratiques et l'acquisition des compétences utiles pour améliorer son autonomie dans la gestion de sa maladie et de son traitement. Ce dispositif n'est pas généralisé, et il n'a pas été évalué.		B			
40 b	L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant.	Une organisation permet d'associer, de façon adaptée, l'entourage aux actions d'éducation thérapeutique du patient. Ce dispositif n'est pas généralisé, et n'a pas été évalué.		B			
40 c	Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient (résident – USLD) selon le cas.	Une organisation permet de proposer au patient des activités d'éducation pour la santé. Ce dispositif n'est pas généralisé, et n'a pas été évalué.		B			

Réf. 41	La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient (résident – USLD) et son entourage ainsi qu’avec les professionnels intervenant en aval		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
41 a	Le patient, l’entourage et le médecin traitant sont associés à la planification de la sortie.	La sortie est planifiée le plus tôt possible avec le patient, son entourage et le médecin traitant en tenant compte de ses besoins.		A			
41 b	Le patient est adressé aux professionnels et 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 (résident – USLD) dans des délais compatibles avec la continuité de la prise en charge.	Les secteurs d’activité informent mais n’associent pas toujours en temps utile les professionnels d’aval, afin de permettre la continuité de la prise en charge.		B			
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. L’organisation des retours d’information nécessaires pour s’assurer de la continuité de sa prise en charge n’est pas généralisée.		B			

Réf. 42	Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant et l'entourage – (USLD)		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
42 a	La volonté du patient (résidant – USLD) est prise en compte.	La volonté du patient est recueillie oralement et elle est prise en compte. Elle n'est pas toujours tracée dans son dossier.		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 des patients en fin de vie sont identifiés et pris en charge.		A			
42 c	La formation des professionnels est organisée.	La formation des professionnels prodiguant des soins palliatifs est en partie assurée, mais pas à la hauteur de leurs demandes. L'établissement devra assurer la formation des professionnels concernés par des soins palliatifs.		C			
42 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Lorsqu'ils sont exprimés, les besoins d'accompagnement psychologiques des professionnels prodiguant des soins palliatifs sont pris en compte. Il n'existe pas de dispositif structuré pour identifier et répondre à l'ensemble de ces besoins.		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 recueil des coordonnées des personnes à prévenir est systématique et une organisation permet de prévenir ces personnes en cas d'état critique et/ou de décès du patient.		A			
43 b	Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.	Les volontés et convictions du patient sont respectées en cas de décès, chaque fois qu'elles sont connues. Elles ne sont pas systématiquement recueillies et tracées dans son dossier.		B			
43 c	Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.	Lors du décès du patient, les besoins d'accompagnement psychologique de l'entourage sont identifiés et pris en compte.		A			
43 d	Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.	Les besoins d'aide psychologique des professionnels confrontés au décès sont identifiés. L'accompagnement psychologique de ces professionnels est réalisé.		A			

CHAPITRE IV

ÉVALUATION 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>L'établissement a choisi d'étudier la pertinence des hospitalisations des personnes âgées de plus de 65 ans, dans un contexte d'augmentation prévisible de la demande avec le vieillissement de la population, et dans un contexte de pratiques différentes entre les deux secteurs de psychiatrie générale de l'établissement.</p> <p>La méthode utilisée a été une revue de pertinence des soins appliquée aux admissions et aux journées d'hospitalisation.</p> <p>Les résultats de cette EPP indiquent que tous les patients concernés remplissaient au moins un des critères d'admission. En revanche, plusieurs causes de retard à la sortie ont été relevées. Ces résultats ont permis d'identifier plusieurs axes d'amélioration : projet d'unité intersectorielle, renforcement des partenariats, amélioration des signalements en amont, mener une EPP sur la prise en charge des personnes âgées. Ces axes d'amélioration doivent faire l'objet d'une approbation par les instances concernées, avant leur éventuelle mise en œuvre.</p>	B
44 b	La pertinence des actes à risque est évaluée.	<p>L'établissement a choisi d'évaluer la pertinence de la mise en chambre d'isolement, en vue d'améliorer et d'harmoniser les pratiques.</p> <p>La méthode utilisée a été un audit clinique ciblé.</p> <p>Les références de pratiques ont été prises en compte.</p> <p>Les résultats ont permis d'identifier plusieurs axes d'amélioration concernant le suivi de la mise en chambre d'isolement. Ces axes ont été mis en œuvre, ou sont en cours. Des indicateurs ont été déterminés, et une seconde série de mesures (audit clinique au cours du second semestre 2007, enquête de pratiques au cours du premier semestre 2008) permettra de mesurer l'amélioration des pratiques.</p>	A

Réf. 44	Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques		Cotation
44 c	La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée.	<p>L'établissement a choisi d'évaluer la pertinence de la prescription d'un correcteur anticholinergique avec les antipsychotiques atypiques.</p> <p>La méthode utilisée a été une enquête de pratiques et un audit clinique ciblé.</p> <p>Les références de pratiques ont été prises en compte.</p> <p>Les résultats ont permis d'identifier un axe d'amélioration : établissement et diffusion de recommandations. Cet axe d'amélioration a été mis en œuvre. Des indicateurs ont été déterminés, et une seconde série de mesures a permis de mesurer l'amélioration des pratiques.</p>	A
44 d	La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée.	<p>L'établissement a choisi d'évaluer la pertinence de la prescription d'un ECG avec les antipsychotiques atypiques.</p> <p>La méthode utilisée a été un audit clinique ciblé.</p> <p>Les références de pratiques ont été prises en compte.</p> <p>Les résultats ont permis de constater que cet examen était insuffisamment réalisé. Des axes d'amélioration ont été identifiés : établissement et diffusion de recommandations, création d'une fiche de suivi, mise à disposition d'un électrocardiographe dans les lieux de soins.</p> <p>Ces axes d'amélioration ont été mis en œuvre ou sont en cours. Une seconde série de mesures au cours de l'année 2007 permettra de mesurer l'amélioration des pratiques.</p>	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 choisi d'évaluer les conditions nécessaires pour limiter le risque de prise de poids lié à la prescription d'un antipsychotique atypique. La prise de poids est un facteur de risque pour la santé des patients, et constitue une cause de non-observance du traitement.</p> <p>La méthode utilisée a été un audit clinique ciblé.</p> <p>Les références professionnelles ont été prises en compte.</p> <p>Les résultats ont permis de constater que les dossiers ne comportent pas toujours la trace d'une mesure régulière du poids des patients.</p> <p>Le premier axe d'amélioration identifié et mis en œuvre est d'assurer une mesure systématique du poids à l'admission, et une mesure régulière pour les patients à risque. Pour ces derniers, il s'y ajoute une surveillance des paramètres biologiques.</p> <p>La surveillance régulière du poids permettra d'évaluer l'efficacité des mesures préventives qui seront développées, comme la participation aux ateliers-nutrition.</p>		B			

Réf. 45	Les professionnels évaluent le risque lié aux soins		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
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'analyser la survenue d'un événement indésirable grave, afin de déterminer si cet événement aurait pu être évité ou non, et afin de dégager des objectifs d'amélioration destinés à réduire le risque de survenue d'un nouvel événement du même ordre.</p> <p>La méthode utilisée a été la résolution de problèmes avec la revue mortalité-morbidité.</p> <p>La recherche des causes immédiates et des causes racines a permis de dégager des objectifs d'amélioration : réactualisation du protocole d'accueil, liste de facteurs spécifiques à mettre à disposition des professionnels, élaboration d'une démarche de recherche sur le thème concerné. La mise en œuvre de ces objectifs est en partie en cours. La survenue d'un tel événement est heureusement trop peu fréquente pour que le suivi d'un indicateur de résultats soit seul pertinent. Les indicateurs pourront porter sur l'amélioration des pratiques.</p>		B			

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p>L'établissement a choisi d'évaluer la prise en charge immédiate, la prise en compte de l'environnement familial et social, et la continuité de la prise en charge, dans le cas d'un adolescent ayant fait une tentative de suicide.</p> <p>Les enjeux de l'étude ont été identifiés. Ils reposent notamment sur le risque de persistance de la souffrance psychique, qui s'exprime fréquemment par une récurrence suicidaire. Les améliorations attendues ont été également identifiées, avec en particulier une harmonisation des pratiques entre les équipes des deux intersecteurs de pédopsychiatrie.</p> <p>Le projet a reçu l'approbation de l'institution.</p> <p>La méthode décrite et appliquée par un groupe pluriprofessionnel a été celle de l'audit clinique et s'est référée à des recommandations et données de la littérature médicale.</p> <p>Les résultats ont été communiqués.</p> <p>Des axes d'amélioration ont été identifiés et des actions ont été déterminées : systématiser les modalités d'écriture par l'élaboration d'une grille de synthèse ; diffuser l'échelle de Beck et en évaluer l'utilisation ; élaborer un protocole commun de prise en charge des adolescents aux deux intersecteurs et en assurer la diffusion.</p> <p>Leur mise en œuvre est en cours.</p> <p>Un suivi à six mois est prévu sous la forme d'un audit sur l'application du protocole, et sur la tenue du dossier du patient.</p>					
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.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						
							B

Réf. 46	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation		Cotation				
			MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
46 a	Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés.	<p>L'établissement a choisi d'évaluer la prise en charge des autistes en hospitalisation de jour pour enfant. Les enjeux de l'étude ont été identifiés. Ils reposent notamment sur la volonté d'améliorer cette pratique avec une meilleure implication des parents.</p> <p>Le projet a reçu l'approbation de l'institution. La méthode décrite et appliquée par un groupe pluriprofessionnel issu des deux intersecteurs de pédopsychiatrie a été celle de l'audit clinique et s'est référée à des recommandations et données de la littérature médicale pour la construction d'un référentiel de bonnes pratiques. Les résultats ont été communiqués.</p> <p>Des axes d'amélioration ont été identifiés portant sur un des points comme le diagnostic, la prise en charge en psychomotricité et en orthophonie, l'aide aux familles, la scolarisation, la coopération de partenariat, l'évaluation.</p> <p>Des actions ont été déterminées, et leur mise en œuvre est en cours.</p> <p>Trois modalités de suivi ont été envisagées, avec des indicateurs pour chacune d'entre elles. Compte tenu de la spécificité de cette prise en charge, il convient de disposer d'un recul suffisamment long pour pouvoir apprécier le retentissement des mesures mises en œuvre.</p>					
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.						
46 f	Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons.						

B – RESSOURCES HUMAINES

Réf. 47	Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre		Cotation
47 a	La réalisation des actions définies dans les orientations stratégiques est mesurée périodiquement dans chacun des domaines de la gestion des ressources humaines.	L'établissement n'a pas structuré de démarche d'évaluation de sa politique des ressources humaines. Il suit des indicateurs lui permettant : un contrôle de la mise en œuvre effective des projets RH, une évaluation des résultats de la politique mise en œuvre, une régulation des dysfonctionnements.	B
47 b	La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte.	L'établissement a procédé en juin 2006 à une enquête de satisfaction auprès de l'ensemble du personnel sur les fonctions transversales, et une enquête de satisfaction spécifique auprès des personnels nouvellement recrutés. Les résultats sont en cours d'exploitation, pour être pris en compte.	B

C – FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

Réf. 48	Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs		Cotation
48 a	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	L'établissement a procédé en juin 2006 à une enquête de satisfaction auprès de l'ensemble du personnel sur les fonctions transversales. Une partie de l'enquête a porté sur l'ensemble des fonctions logistiques. L'exploitation des résultats est en cours, et permettra à l'établissement de développer son plan d'amélioration de la qualité de ses prestations. Dans les structures situées en dehors du site principal de l'établissement, un bilan des prestations externes de l'entretien des locaux est dressé, sous la forme d'un questionnaire de satisfaction.	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. Le dispositif en place est encore trop récent pour qu'il puisse déjà donner pleinement les effets escomptés.	B

D – SYSTÈME 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. Ce dispositif est opérationnel sur le champ des informations sur support informatisé. L'établissement entend l'étendre dès 2007 au champ des informations sur support papier.	B
49 b	La satisfaction des utilisateurs est évaluée et prise en compte.	L'établissement a procédé en juin 2006 à une enquête de satisfaction auprès de l'ensemble du personnel sur les fonctions transversales. Une partie de l'enquête a porté sur le système d'information. L'exploitation des résultats est en cours, et permettra à l'établissement de développer son plan d'amélioration de la qualité de son système d'information.	B
49 c	La gestion du dossier du patient est évaluée.	Une première évaluation de la gestion du dossier a été réalisée en 2006 dans tous les secteurs d'activité en relation avec les instances. L'analyse et l'exploitation de ces résultats ont permis de déterminer des actions d'amélioration. L'établissement a prévu de renouveler ces évaluations, afin de faire progresser la gestion du dossier au niveau de l'institution.	B

E – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Réf. 50	La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques est évaluée		Cotation
50 a	L'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.	L'établissement a mis en place un système comprenant la définition générale et le suivi d'objectifs qualité. Ces objectifs ne comportent pas toujours des indicateurs précis dont le suivi permettrait de s'assurer que le niveau escompté est atteint. Les mesures correctives en cas d'écart entre la prévision et la réalisation sont recherchées.	B
50 b	L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée.	L'établissement a mis en place des outils de gestion des risques et des vigilances : fiche générale de signalement d'incidents, questionnaire de sortie, questionnaire de satisfaction, document unique, analyse des plaintes et des réclamations, événements sentinelles, études externes et études internes. L'appropriation de ces outils par les professionnels demeure inégale, ce qui se traduit par une insuffisance de signalement des incidents, en particulier en matière de pharmacovigilance. L'établissement a prévu de développer en 2007 l'incitation des professionnels concernés à un plus fréquent signalement des incidents. L'enquête de satisfaction menée en juin 2006 montre que la moitié des professionnels se dit insatisfaite de l'information donnée sur l'identification, le recueil et l'analyse des risques. Les risques identifiés sont pris en compte, des axes d'amélioration sont recherchés et ceux-ci sont mis en œuvre chaque fois que cela est possible. L'établissement n'a pas défini les critères qui lui permettraient d'évaluer l'efficacité de son dispositif de gestion globale des risques et des vigilances, mais il poursuit l'amélioration de chacun de ses outils.	C
50 c	La maîtrise de la documentation est évaluée.	Le service qualité est chargé de veiller au respect de l'application de la procédure de gestion documentaire. Les modalités d'évaluation demeurent générales, et ne permettent pas de s'assurer pleinement de l'efficacité du dispositif. L'enquête de satisfaction menée en juin 2006 ne comportait pas de question spécifique sur l'accès aux documents. Les questions plus générales sur la gestion de l'information font ressortir les insatisfactions de près de la moitié des professionnels. L'établissement a prévu d'améliorer dès 2007 l'accessibilité au classeur qualité, ainsi qu'aux procédures <i>via</i> l'intranet. L'établissement devra assurer la maîtrise de la documentation.	C

Réf. 51	La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée		Cotation
51 a	Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration.	Le dispositif de recueil et d'analyse de la satisfaction des patients et de leur entourage a été amélioré en 2006, avec une refonte et une extension des questionnaires de satisfaction. L'appropriation par les professionnels concernés est progressive. L'exploitation des premiers résultats permet une prise en compte dans le plan d'amélioration de la qualité de l'établissement.	B
51 b	Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.	L'établissement poursuit le développement de ses dispositifs de recueil et d'analyse des délais d'attente. Les résultats sont pris en compte et des actions d'amélioration ont été mises en évidence. Les premières d'entre elles ont été mises en place.	B
51 c	Les réclamations et les plaintes des patients sont suivies d'actions d'amélioration.	Un dispositif opérationnel de gestion des plaintes et réclamations permet une analyse et une réponse individuelles et systématiques. Ce dispositif est exploité dans le cadre de l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité.	A
51 d	Les résultats de ces évaluations font l'objet d'échanges avec les représentants des usagers de l'établissement.	Il existe une concertation régulière entre l'établissement et les représentants d'usagers autour des résultats des évaluations concernant la satisfaction des usagers pour définir des 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.	L'établissement a recensé les actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants. Il ne les a pas évaluées. Il entend procéder à cette évaluation en 2008. L'établissement devra structurer l'évaluation des actions mises en œuvre pour impliquer les correspondants externes.	C
52 b	La satisfaction des correspondants est évaluée et prise en compte.	L'établissement n'a pas mis en place de dispositif de recueil de la satisfaction de ses correspondants. Ce recueil s'effectue de manière ponctuelle et partielle à l'occasion des rencontres, ou du renouvellement de conventions. L'établissement a prévu de mener en 2008 une enquête de satisfaction auprès de ses correspondants externes. L'établissement devra mesurer la satisfaction des correspondants externes.	C

F – ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Réf. 53	La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée		Cotation
53 a	Le suivi est réalisé et les évaluations sont utilisées pour réajuster si nécessaire les objectifs.	Le suivi de la mise en œuvre des orientations stratégiques est organisé. Le recueil et l'exploitation des données permettent aux responsables de procéder aux réajustements des objectifs.	A
53 b	La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires.	L'établissement n'a pas mis en place de dispositif permettant les comparaisons avec des établissements similaires. Quelques comparaisons sont établies lors de visites dans d'autres établissements, ou lorsque des professionnels d'autres établissements sont reçus. L'établissement devra développer un dispositif permettant les comparaisons avec des établissements similaires.	C
53 c	Les résultats font l'objet d'une communication interne.	Une organisation de la communication est en place afin de transmettre régulièrement les résultats de la mise en œuvre des orientations stratégiques aux responsables et aux professionnels concernés. Les résultats de l'enquête qui a été menée auprès des professionnels en juin 2006 montrent que la communication sur ce point n'atteint que partiellement son objectif.	B

PARTIE 3
COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES

I. Commentaires synthétiques par type de prise en charge

Psychiatrie et santé mentale

Le centre psychothérapique de l'Orne est un établissement dont l'activité rayonne sur tout le département de l'Orne (pédopsychiatrie) ou partie (psychiatrie générale). Sa caractéristique principale est de répondre au plus près aux besoins des patients et, pour ce faire, l'établissement a mis en place une grande variété de structures spécifiques.

Les professionnels sont attentifs aux droits et à la dignité des patients. L'accueil du patient et de son entourage est organisé, y compris pour l'accueil en urgence bien que l'établissement ne dispose pas d'un service spécifique. L'organisation actuelle ne répondant cependant pas de manière satisfaisante aux besoins en hospitalisation à temps complet concernant les adolescents, l'établissement poursuit la mise en œuvre d'un dispositif spécifique. En ambulatoire, des efforts ont été menés pour diminuer les temps d'attente avant une première prise en charge, mais ils apparaissent encore trop longs plus particulièrement en pédopsychiatrie.

La dispersion des lieux de soins et des lieux d'archivage des dossiers, liée à la particularité de l'établissement, ne permet pas d'assurer un accès permanent à la totalité des données issues de consultations ou d'hospitalisations antérieures. Le projet d'informatisation du dossier, dans lequel l'établissement est engagé, permettra un accès aux données 24 heures/24. En dehors du traitement par sismothérapie, la traçabilité de la réflexion bénéfico-risque n'est pas effective. L'état nutritionnel du patient âgé est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte. Les conduites addictives à l'alcool sont identifiées. L'établissement est en cours d'élaboration de protocoles concernant les autres conduites addictives (toxicomanie, tabagisme...). Le risque suicidaire est pris en compte. Le patient est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge. Il reste à évaluer la qualité de l'information donnée et à systématiser la traçabilité du consentement éclairé du patient. L'établissement devra également assurer la traçabilité de l'information donnée au patient dans le cas de survenue d'un événement indésirable. Compte tenu de la spécificité de l'établissement, les professionnels sont impliqués dans la prise en charge de la douleur morale. Le médecin généraliste qui intervient dans l'établissement est, de fait, un référent pour la prise en charge de la douleur physique. Les professionnels sont peu familiarisés avec les outils d'évaluation de la douleur.

La continuité des soins est assurée. La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement se fait au coup par coup. Seule une partie des professionnels bénéficie d'une formation réactualisée aux gestes d'urgence. La maintenance du matériel d'urgence n'est pas organisée. Le circuit du médicament est organisé. La traçabilité de la dispensation du médicament est globalisée et ne garantit pas la prise individuelle du traitement. En dehors d'un cabinet de soins dentaires, l'établissement ne comporte pas de secteur d'activité interventionnelle. Les professionnels de l'établissement s'impliquent à tous les stades dans l'activité de sismothérapie qui est pratiquée au CH d'Alençon. La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient et son entourage ainsi qu'avec les professionnels d'aval.

L'établissement est peu concerné par les situations de patients en fin de vie. Néanmoins, les professionnels expriment le besoin de formations spécifiques.

Le décès du patient fait l'objet d'un accompagnement. En particulier, un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.

II. Appréciation globale sur la dynamique qualité

L'établissement s'est engagé dans la mise en place de bases solides pour son dispositif destiné à assurer une amélioration continue de la qualité de toutes ses activités et de la gestion des risques. Il mène une politique dans ce domaine qui vise à entraîner l'ensemble des professionnels exerçant sur chacun de ses nombreux sites, et non pas seulement une partie d'entre eux. L'hétérogénéité entre l'avancement des uns et des autres dans la démarche tend progressivement à se réduire, et l'engagement dans la préparation de la deuxième visite de certification – avec en particulier un réel investissement dans les travaux d'évaluation des pratiques professionnelles – s'est révélé être un élément dynamique majeur. De gros efforts de formalisation sont menés, de nombreuses mesures sont réalisées, permettant d'identifier et de hiérarchiser des axes d'amélioration. Cette stratégie conduit actuellement à ce que certains domaines sont bien avancés, alors que d'autres n'ont pas progressé (par exemple la réflexion sur la trace bénéfice-risque, qui faisait déjà l'objet d'une recommandation lors de la première visite d'accréditation). L'établissement mène de front de nombreux programmes d'amélioration continue de la qualité : beaucoup en sont à l'étape où l'analyse de l'existant a été faite, les actions ont été déterminées et les outils nécessaires ont été mis en place, ou le seront prochainement. Il reste à l'établissement à s'assurer que ces actions sont menées, que ces outils sont utilisés, et que ces dispositifs sont adaptés pour obtenir les améliorations attendues.

III. Liste des actions exemplaires

Aucune action exemplaire n'a été retenue.

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 une **certification avec suivi** qui porte sur les points suivants :

- Garantir la prise en charge des urgences vitales (33 c)

Un rapport de suivi sera produit sur les sujets concernés dans un délai **de 6 mois** à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

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

- Assurer la maîtrise des coûts des activités (07 a),
- Assurer la formation du personnel pour la prévention du risque incendie (19 b),
- Assurer la mise en place du contrôle qualité des données (21 e),
- Systématiser la traçabilité de la réflexion bénéfices-risques (29 d),
- Assurer la traçabilité de l'administration des médicaments (36 c),
- Développer l'évaluation de l'efficacité de la gestion des risques et des vigilances (50 b)

INDEX

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

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

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

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

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