



**COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION DU
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE
DE L'ORNE**

**31, rue Anne-Marie-Javouhey
61000 ALENCON**

mai 2003

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION » p.3

PARTIE 1

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE..... p.8

PARTIE 2

DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION p.10

PARTIE 3

CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION p.11

Synthèse par référentiel p.11

II. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION p.17

II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation..... p.17

II.2 Modalités de suivi p.17



COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION »

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

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

L'ANAES

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

Ses missions sont de :

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

I. QU'EST-CE QUE L'ACCREDITATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ?

L'accréditation est un moyen pour inciter l'ensemble des professionnels des établissements de santé (soignants, médecins, personnels administratifs, agents d'entretien...) à analyser leur organisation et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

La procédure d'accréditation est obligatoire et intervient périodiquement.

CE QUE N'EST PAS L'ACCREDITATION

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

II. QU'APPORTE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION ?

La procédure d'accréditation favorise une meilleure organisation de l'établissement au service de la personne soignée. Grâce à l'auto-évaluation et à la visite des experts-visiteurs, elle permet aux professionnels de l'établissement de santé de :

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

dans le but de :

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

APPORT POUR LA QUALITÉ DES SOINS

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

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

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

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

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

LES RÉFÉRENTIELS D'ACCREDITATION

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

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

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

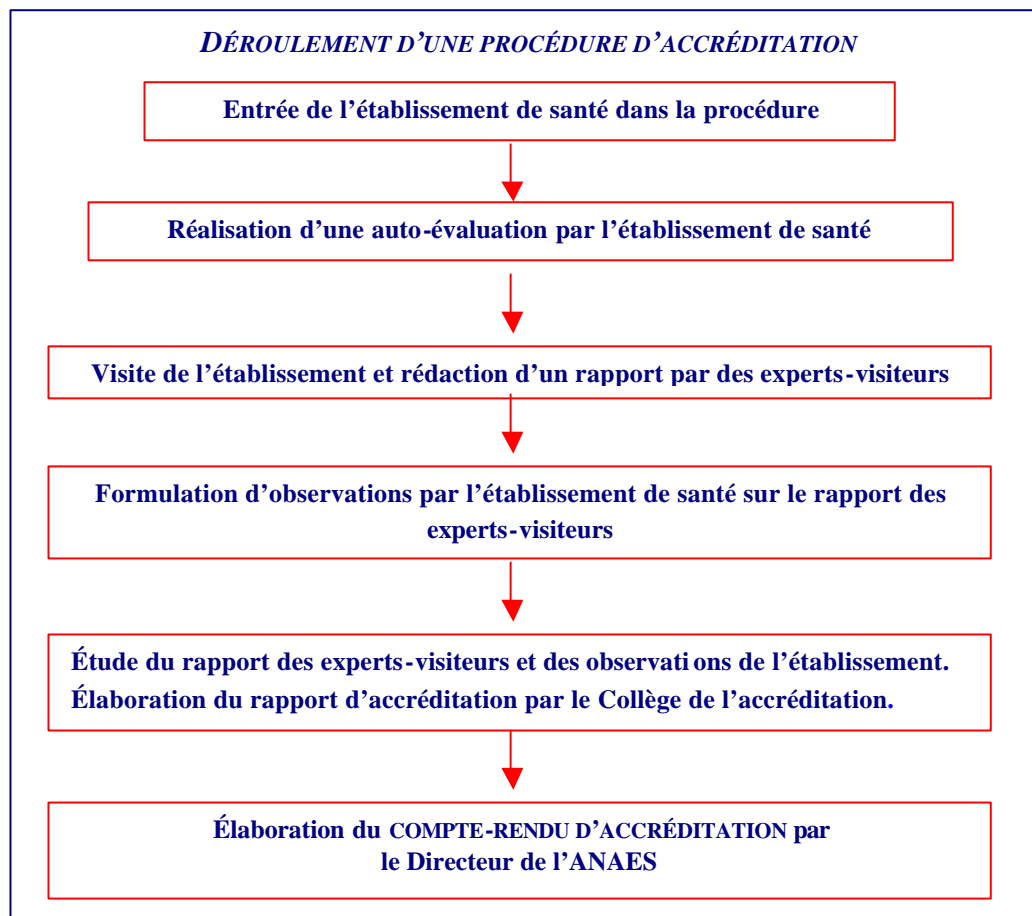
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

LE COLLÈGE DE L'ACCREDITATION

Le Collège de l'accréditation est un groupe composé de 15 professionnels, issus d'établissements de santé (médecins, directeurs, soignants) nommés par le Ministre de la santé.

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

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



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

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

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

Ces conclusions mettent en évidence une synthèse selon les 10 référentiels.

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

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

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

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

* *

*

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

PARTIE 1

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

La présente procédure d'accréditation concerne :

- **Le Centre psychothérapique de l'Orne, sis 31, rue Anne Marie Javouhey – BP 358 – 61014 ALENCON Cedex.**

Le centre psychothérapique de l'Orne (CPO) est un établissement public départemental depuis le 30 octobre 1970. Deux secteurs d'adultes sur les 4 qui composent la carte psychiatrique de l'Orne et les 2 secteurs infantojuvéniles du département sont rattachés au CPO. L'établissement dispose de 32 structures extérieures réparties sur les sites de : Alençon, Argentan, Bellême, Domfront, La Ferté-Macé, Vimoutiers, Flers, L'Aigle, Mortagne-au-Perche. Les 4 secteurs d'adultes et les 2 secteurs infantojuvéniles couvrent une population départementale de 302 537 habitants. Les sites pour adultes du CPO disposent en tout de 184 lits et 97 places et les sites infantojuvéniles disposent de 5 lits et 67 places. Ces lits et places sont répartis en hospitalisation complète, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques et communautaires, accueil thérapeutique pour adolescents, accueil familial thérapeutique pour adultes et pour enfants, centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel et centres médicopsychologiques. L'établissement, tout en conservant cette configuration, adapte ses structures en rénovant celles qui présentent un taux de vétusté important, en transformant des bâtiments existants pour créer de nouvelles prises en charge : centre de jour d'autistes, «espace village ». Le bâtiment principal est rénové dans un souci aussi d'entretien du patrimoine, en particulier au niveau de ses façades et de la chapelle inscrites sur l'inventaire supplémentaire des monuments historiques. En règle générale, l'établissement recherche sur les différents sites à relocaliser ses services au cœur de la cité soit en achetant des locaux, soit le plus souvent en location.

Des consultations sont assurées avec une consultation Electroencéphalogramme intégrée. À Alençon, une maison d'accueil spécialisée offre 30 lits d'hébergement de type médicosocial. Cette Maison d'accueil spécialisée a vu le jour grâce à un redéploiement de 10 lits de la part des secteurs d'Alençon et d'Argentan, mais aussi du secteur d'Aigle.

Les analyses médicales sont sous-traitées auprès de laboratoires choisis annuellement. La pharmacie et la stérilisation font l'objet de conventions avec le centre hospitalier d'Alençon.

Le plateau logistique comprend une cuisine en liaison chaude à Alençon et une blanchisserie interhospitalière qui traite le linge de tous les sites sauf celui de Flers. Les repas des hôpitaux de jour d'Argentan et de Bellême sont confectionnés et sous-traités par les centres hospitaliers locaux. À Flers, la prestation repas est assurée par une société externe.

Les services techniques disposent d'ateliers qui assurent les travaux d'entretien, de maintenance et de sécurité.



En 2001, en hospitalisation au CPO dans les services du secteur d'Alençon, 70 % des patients venaient de la commune d'Alençon. Dans ceux du secteur d'Argentan, 30 % sont issus d'Argentan, 13 % de La Ferté-Macé. Les autres patients viennent des autres cantons du secteur ou hors secteur et hors département. Le département est structuré en «pays » dont la situation socio-économique et culturelle peut avoir des incidences sur le type de pathologies en développement : suicide sur le bassin est d'Alençon et pathologies dues à l'isolement et à l'alcoolisme sur le bassin nord-ouest.

Le centre psychothérapique de l'Orne finalise son projet d'établissement afin de le proposer au conseil d'administration début 2003.

PARTIE 2

DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 7 août 2002.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 27 janvier au 31 janvier 2003 par une équipe multiprofessionnelle de 6 experts-visiteurs mandatée par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

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

Le rapport des experts ainsi que les observations de l'établissement audit rapport ont été communiqués pour délibération au Collège de l'accréditation **en mai 2003**.

Après avoir pris connaissance :

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

le Collège de l'accréditation décide que l'établissement faisant l'objet du présent rapport a satisfait à la procédure d'accréditation.

PARTIE 3

CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

Synthèse par référentiel

I.1 Droits et information du patient

L'établissement montre, dans son fonctionnement, son souci des droits et de l'information du patient. Toutefois, ce n'est qu'à l'occasion de l'élaboration du nouveau projet d'établissement qu'il est fait référence aux principes de la charte du patient. Des programmes d'amélioration de la qualité concernant l'accueil du patient, le consentement et la confidentialité sont prévus dans le cadre de la démarche qualité, mais ne sont pas repris ni déclinés dans les différents volets du futur projet d'établissement. L'établissement doit saisir l'opportunité de ce nouveau projet pour y introduire un axe sur le thème.

L'information et la formation concernant le respect des droits et de l'information du patient sont limitées. Il reste à l'établissement à proposer des formations sur ce thème.

Il a mis en œuvre divers dispositifs pour favoriser l'information du patient, garantir le respect de la confidentialité, et prendre en compte les réclamations et les plaintes. Ces dispositifs demandent à être formalisés, généralisés et évalués.

Un grand nombre d'informations sont données oralement. Les professionnels doivent être encouragés à assurer la traçabilité des informations qu'ils délivrent au patient en particulier sur les soins et l'état de santé.

Le questionnaire de satisfaction mériterait d'être orienté davantage vers les droits des patients pour être un élément dans l'évaluation du respect de ces droits que l'établissement doit développer.

I.2 Dossier du patient

La politique relative au dossier du patient est inscrite dans le schéma directeur de l'information.
Toutes les actions conduites vont dans le sens de l'informatisation d'un dossier du patient unique.

L'établissement a placé le dossier du patient au centre de ses préoccupations.

Des formations ont été proposées sur ce thème.

La mobilisation et l'engagement forts des professionnels dans des groupes de travail transversaux ont permis l'élaboration d'une maquette de dossier du patient unique, actuellement en test. L'évaluation continue de la tenue du dossier du patient est prévue et le Centre Psychothérapique de l'Orne est encouragé à mettre en œuvre cette évaluation.

Actuellement, la qualité du recueil des informations dans le dossier est très inégale selon les services. L'établissement dans l'attente du nouveau dossier doit se donner les moyens de garantir la fiabilité des informations, en particulier des prescriptions médicales. Les prescriptions médicales ne sont pas toujours signées du prescripteur, on ne trouve que très rarement la trace de la réflexion bénéfico-risque et de l'information délivrée au patient. La coordination de la prise en charge gagnerait à ce que soit systématisée la traçabilité des informations, notamment en psychiatrie infantile.

L'archivage est assuré de façon décentralisée, selon des modalités différentes selon les secteurs. En même temps qu'il conduit sa réflexion sur le support à utiliser, l'établissement doit aussi envisager de structurer l'archivage du dossier du patient.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Le projet d'établissement qui va être validé en mars 2003 a été construit avec le souci d'une implication de l'ensemble des professionnels intervenant auprès du patient.

L'engagement des professionnels autour de la prise en charge du patient se traduit par une diversité très large des types de structures, des soins et des activités.

Le centre psychothérapique rayonne largement au plus près de la population et à travers un réseau organisé au regard des attentes et besoins des patients. La diversité des modes de prises en charge des patients doit être soulignée. L'information à la population est très largement développée. Néanmoins cette information doit passer également par une signalétique de qualité.

En tant que structure psychiatrique, l'établissement ne dispose pas d'un plateau médicotechnique diversifié. Cependant on peut noter l'investissement très fort de la pharmacie dans la vie institutionnelle.

Des thèmes (prévention de la violence, prise en charge spécifique du patient souffrant de troubles psychiatriques...) ont été identifiés comme prioritaires par l'institution et les professionnels. Ils font l'objet de nombreuses actions de formation concernant les nouveaux professionnels, mais aussi assurant l'actualisation des connaissances des professionnels expérimentés. Des réponses adaptées sont apportées en termes de réponse à l'urgence. Il reste cependant à l'établissement à formaliser cette étape dans le cadre de la continuité des soins.

L'établissement a identifié ses faiblesses en termes de communication et d'information auprès des acteurs de terrain. Il développe des actions d'amélioration dans ce sens.

Un effort devra être fait pour renforcer la coordination avec le médecin traitant du patient. La démarche d'accréditation a permis à l'institution d'évoluer d'une démarche sectorisée vers une culture d'établissement. Cela doit passer par un consensus autour de protocoles diagnostiques et thérapeutiques, par l'harmonisation des procédures, preuve de la cohérence des pratiques. Ce qui permettra aussi à l'établissement de s'engager dans la voie de l'évaluation de ces pratiques qu'il doit développer.

I.4 Management de l'établissement et des secteurs d'activité

En raison de la prise de fonction du nouveau directeur courant 2001, le projet d'établissement 1995-2000 a été prorogé. Ce projet d'établissement était établi à partir d'un projet médical qui lui-même était le regroupement des projets des services des quatre secteurs. Un bilan a été réalisé en 2001 et la réflexion concernant le projet suivant s'est engagée et est en cours. Le nouveau projet (2003-2008) comporte les projets suivants : projet médical, projet de soins, projet qualité, projet social, projet de système d'information. Ce nouveau projet repose sur une volonté de fédérer les énergies et est élaboré de façon concertée, intersectorielle et multiprofessionnelle.

Le projet d'établissement sera finalisé et proposé aux instances en mars 2003. Il est prévu que le contrat d'objectifs et de moyens soit négocié après l'approbation du projet d'établissement par les tutelles. La proposition de l'établissement de mettre en place une commission de suivi va dans le sens de ce qui est proposé à l'établissement, à savoir de définir les modalités d'évaluation du projet d'établissement.

En termes de pilotage, l'établissement a prévu de mettre en place une comptabilité analytique à échéance de 2004, mais dès à présent l'établissement doit impliquer les acteurs de terrain à la gestion et au suivi des crédits budgétaires. Dans cette perspective, il doit aussi s'appuyer sur la prise de conscience face à la nécessité d'une culture institutionnelle et la favoriser au bénéfice de l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient.

I.5 Gestion des ressources humaines

Le projet d'établissement, ancien et à venir, comporte un volet social. Ce projet prévoit de prendre en compte les champs traditionnels couverts par la gestion des ressources humaines.

Le Centre Psychothérapique de l'Orne a connu des changements au sein de son équipe de direction depuis un an : directeur, directeur des services financiers. Depuis six mois, il est en vacance de directeur des ressources humaines.

La gestion des 35 heures a été un moment fort de la vie de l'établissement et a influencé la qualité du dialogue social.

Les instances assurent leur mission, cependant la conférence médicale d'établissement gagnerait à s'impliquer sur l'ensemble de ses compétences, formation continue et gardes et astreintes.

Initialisée dans les secteurs soignants, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences verrait sa dynamique d'action consolidée en se développant dans les autres secteurs.

L'établissement a mis en place et développé une démarche d'évaluation institutionnelle dont la structuration est à souligner. Elle participe à la construction du plan de formation de l'établissement pour la partie relative aux projets individuels.

L'établissement s'est engagé sur un contrat local d'amélioration des conditions de travail. Cette initiative, signe d'une volonté affichée de veiller à une plus grande sécurité dans le travail, se trouverait amplifiée dans ses résultats par la mise en place d'un suivi du plan annuel d'amélioration des conditions de travail qu'il reste à formaliser.

Le besoin d'évaluation des actions conduites a été ressenti par l'établissement. Il lui appartient de développer la mise en place d'indicateurs de suivi de gestion des ressources humaines.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

L'établissement traduit sa politique dans les domaines de l'approvisionnement, de la maintenance, de la sécurité, de la production de repas, du transport, de la fonction linge, et de l'élimination des déchets par des actions conduites dans ces différents champs. Les professionnels sont engagés dans chacune des fonctions logistiques et revendiquent leur professionnalisme. L'établissement doit cependant s'assurer de la qualité du bionettoyage en engageant des actions d'évaluation.

La formalisation des procédures d'alerte est initialisée. L'établissement doit étendre sa réflexion sur l'ensemble des situations à risque dans le cadre de la sécurité des bâtiments, des équipements et installations. L'établissement s'attachera aussi à formaliser une politique de lutte contre le tabagisme.

La méthode *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques) est en place depuis 1997. Cependant, compte tenu du fait que cette démarche comprend non seulement la production, mais aussi la partie restauration, il reste à évaluer sa mise œuvre jusqu'au lit du patient. Le processus d'élimination des déchets d'activité de soins a fait l'objet de réorganisation, mais il mériterait de faire aussi l'objet d'une évaluation. De manière générale, la politique de gestion de la fonction logistique nécessite d'être enrichie par un volet évaluation qui sera le garant de la mise en œuvre de bonnes pratiques.

I.7 Gestion du système d'information

La politique relative à la gestion du système d'information est définie à travers le schéma directeur.

Le réseau informatique est en cours d'extension.

À ce jour, l'établissement n'a pas encore envisagé de formation à l'utilisation de l'outil informatique ni d'évaluation de la charge de travail engendrée par la maintenance des installations.

Les professionnels sont sensibilisés à la protection de la confidentialité et à la sécurité des informations concernant les patients.

La structuration d'un secteur d'activité responsable de l'information médicale permettra à l'établissement de développer et d'évaluer le traitement des informations médicales et de préparer la mise en place du programme de médicalisation du système d'information.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La politique de gestion de la qualité et prévention des risques repose sur le comité de pilotage et la cellule qualité créés depuis septembre 2000. La composition, le rôle et la mission de ces structures sont définis. L'établissement doit se donner les moyens de recueillir de façon plus large la prise en compte de la satisfaction des clients.

La procédure de gestion et de diffusion des documents existe. Il reste à harmoniser les procédures et protocoles utilisés dans les services et à intégrer la gestion des documents externes dans la gestion documentaire. De manière plus globale, la gestion de la qualité des processus et des métiers dans l'établissement peut s'appuyer sur la maîtrise du système documentaire qui est initialisé.

La procédure de signalement d'incident est formalisée et diffusée à l'ensemble des professionnels depuis novembre 2002. Le programme de prévention des risques est en devenir. L'établissement doit le définir.

Des professionnels ont bénéficié d'une formation à la qualité dans le cadre du pré requis à la préparation de l'accréditation.

Le programme de gestion de la qualité se traduit par les axes prioritaires identifiés suite au diagnostic réalisé en 2000. Ce programme de gestion de la qualité sera enrichi avec les axes d'amélioration identifiés suite à l'auto-évaluation réalisée en 2001, mais il n'est pas encore formalisé.

L'évaluation des actions menées depuis 2000 est prévue pour 2003.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les vigilances sanitaires sont organisées sur l'établissement depuis 1998 pour la matériovigilance et depuis 2001 pour la pharmacovigilance. La politique de vigilance sanitaire reste à formaliser.

La formation des professionnels sur la conduite à tenir en cas d'incident a été faite en Conférence médicale d'établissement et dans chaque service de l'établissement en 2002. Elle sera renouvelée pour les nouveaux professionnels. La procédure de signalement d'incident en matériovigilance et pharmacovigilance est comprise dans la procédure de signalement d'incident mise en place en novembre 2002.

Les professionnels sont informés ponctuellement sur les vigilances sanitaires par le bulletin *Pharm-Info* depuis 2002.



Un comité de coordination des vigilances est en cours de réflexion. L'établissement doit le mettre en œuvre. Une de ses missions sera de structurer les activités et de les évaluer dans le champ de la gestion des risques.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La politique de maîtrise du risque infectieux est élaborée par le comité de lutte contre les infections nosocomiales depuis 1993.

Le programme est formalisé. Il est mis en œuvre par une cellule opérationnelle d'hygiène.

Des professionnels sont impliqués dans cette démarche. Des protocoles sont en place. Ils sont informés par la mise en place d'un classeur spécifique.

Des actions de formation sont proposées deux fois par an.

Le comité du médicament inscrit le suivi des antibiotiques dans son activité.

Le risque infectieux lié à l'environnement est pris en compte en particulier en ce qui concerne la surveillance du réseau d'eau chaude.

Un rapport d'activité annuel du Comité de lutte contre les infections nosocomiales est transmis aux instances. L'établissement doit maintenant réfléchir à l'évaluation de ses actions.

II. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

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

- Assurer la traçabilité des informations données au patient et de la réflexion bénéfices-risques.
- Evaluer la satisfaction et les attentes des patients.
- Systématiser la signature de toutes les prescriptions médicales.
- Renforcer la coordination avec le médecin traitant du patient.
- Mettre en place une démarche d'évaluation pour l'ensemble des fonctions logistiques.
- Créer un secteur chargé de l'information médicale placé sous la responsabilité d'un médecin.
- Mettre en œuvre et évaluer la politique de gestion de la qualité et de prévention des risques.
- Formaliser, mettre en œuvre et évaluer la politique de vigilance sanitaire.

II.2 Modalités de suivi

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport d'accréditation issu des résultats de l'auto-évaluation, du rapport des experts consécutif à la visite sur site et des observations de l'établissement à ce rapport, le Collège de l'accréditation décide que l'établissement a satisfait à la procédure d'accréditation.

Considérant la dynamique qualité de l'établissement, le Collège de l'accréditation décide qu'il fait l'objet des recommandations mentionnées ci-dessus.

L'établissement met en œuvre les actions correctives et en assure le suivi en perspective de la prochaine procédure d'accréditation.