



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



## Rapport de visite

### CENTRE HOSPITLIER SPECIALISE NOVILLARS

4 rue du docteur charcot

25220 Novillars FRANCE

10/2023

N° de démarche: 31714

Dominique VALLET  
Isabelle ARNAUD  
Valérie WENNER  
Michaël BISCH

# Table des matières

Préambule	2
Présentation	4
Champ d'application	9
Résultats de la visite de certification	10
Chapitre 1 : Le patient	12
Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.	14
Objectif 1.2 : Le patient est respecté.	15
Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	16
Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	17
Chapitre 2 : Les équipes de soins	18
Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	22
Objectif 2.2 : Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	23
Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	24
Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	25
Chapitre 3 : L'établissement	26
Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	30
Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	31
Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership	32
Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	33
Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	34
Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	35
Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	36

## Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

### **Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS et les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...**

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant:

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification ;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

### **... et sur des méthodes**

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

### **Un rapport de certification structuré en 3 chapitres**

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de certification. Le rapport de certification est structuré en trois chapitres :

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement.

### **Une décision et un rapport rendus publics**

Sur la base de ce rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et d'observations de l'établissement, la HAS rédige un pré-rapport mentionnant les résultats de chaque critère, les analyses et les justifications de la commission de certification. Sur la base de ces éléments, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer deux types de décision :

- une décision de certification valable 4 ans, qu'elle peut assortir d'une mention
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure de certification dans un délai maximum de deux ans

La HAS peut également décider de surseoir à statuer. Une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre 6 et 18 mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS prononce une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement. L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

## Présentation

CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE NOVILLARS	
Adresse	4 rue du docteur charcot 25220 Novillars FRANCE
Département / Région	Doubs / Bourgogne-Franche-Comté
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

### Liste des établissements rattachés à cette démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	250000460	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE NOVILLARS	4 rue du docteur charcot 25220 Novillars FRANCE
Établissement principal	250000718	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE NOVILLARS	4 rue du docteur charcot 25220 Novillars FRANCE
Établissement géographique	250016474	"HOPITAL DE JOUR ENFANT - PASSER'AILES" et " CENTRE DE GUIDANCE INFANTILE"	17 bis rue de Morteau 25300 Pontarlier FRANCE
Établissement géographique	250016466	ESPACE ACCUEIL ADOLESCENT - ST JACQUES	2 place Saint Jacques 25030 Besançon CEDEX FRANCE
Établissement géographique	250011160	CHS DE NOVILLARS-HOPITAL DE JOUR CATALPA	41 chemin des montarmots 25000 Besancon FRANCE
Établissement géographique	250008117	FOYER POSTCURE LES 4 VENTS	41 chemin des Montarmots 25000 Besançon FRANCE
Établissement géographique	250008109	CHS DE NOVILLARS-FOYER LE COLOMBIER (SERVICE A)	20 avenue clemenceau 25000 Besancon FRANCE
Établissement géographique	250008455	CHS DE NOVILLARS-CMP POINT DU JOUR/CATTP ADULTE ESPACE RENCONTRE	41 chemin des montarmots 25000 Besancon FRANCE
Établissement géographique	250008281	CMP ADULTES ET CENTRE DE GUIDANCE INFANTILE DE BAUME LES DAMES	2 rue de Provence 25110 Baume-Les-Dames FRANCE
Établissement géographique	250006053	CHS DE NOVILLARS-CMP/CATTP BLAISE PASCAL / CGI POLE PEA	5 rue blaise pascal besancon 25000 Besancon FRANCE
Établissement géographique	250018793	CMP DE MAICHE	5 rue des boutons d'or 25120 MAICHE FRANCE
Établissement géographique	250017241	CMP ADULTES PONT-DE-ROIDE	3 rue de la résistance 25150 PONT DE ROIDE FRANCE
Établissement géographique	250016029	CATTP ADULTES VIVRE EN VILLE	9 chemin de palente 25000 BESANCON FRANCE

Établissement géographique	250016078	CMP ADULTE ET CENTRE DE GUIDANCE INFANTILE DE VALDAHON	5 place du Général de Gaulle 25800 VALDAHON FRANCE
Établissement géographique	250016128	CENTRE GUIDANCE INFANTILE	8 avenue du général de Gaulle 25500 MORTEAU FRANCE
Établissement géographique	250017308	UNITE PERE MERE BEBE	BATIMENT A 8 rue Joseph Jacquard 25000 BESANCON FRANCE
Établissement géographique	250011244	CHS DE NOVILLARS-CENTRE DE GUIDANCE INFANTILE	17 bis rue de morteau 25300 Pontarlier FRANCE
Établissement géographique	250011186	CATIJ JARDINS CHS NOVILLARS	13 rue des jardins 25000 Besancon FRANCE
Établissement géographique	250010493	CHS DE NOVILLARD-CMP JULES VERNE/CATTP LE PATIO	2 rue de l'industrie besancon 25000 Besancon FRANCE
Établissement géographique	250021920	HÔPITAL DE JOUR ENFANT ADOLESCENT	4 rue louis Garnier 25000 BESANCON FRANCE
Établissement géographique	250020898	CMP ADULTES	21 rue de Busy 25440 QUINGEY FRANCE

**Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 02/10/2023 (détail en annexe 3)**

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non

SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non
Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0

Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	0
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	217



Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	7
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	224
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	40
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	28
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	68
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	7
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	11
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	18
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	28 902
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	19 805
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	48 707
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

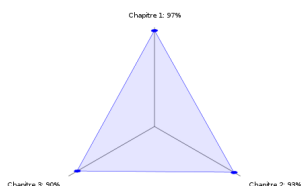
## Champ d'application

Champ d'application
Adulte
Ambulatoire
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
Tout l'établissement

## Résultats de la visite de certification

Le référentiel est composé de 106 critères.

Au regard du profil de l'établissement, 106 critères lui sont applicables.



Score global de satisfaction aux attendus du référentiel

# 93,67%

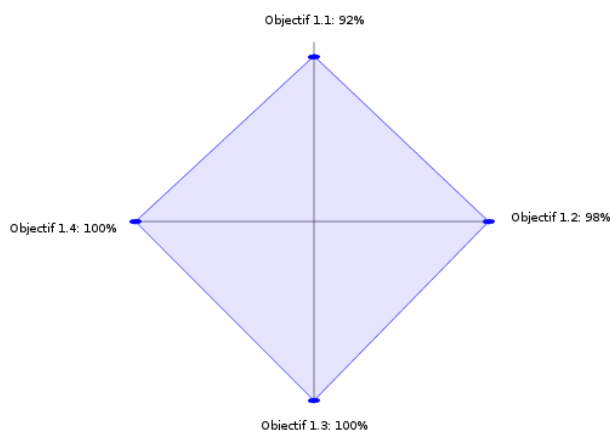
Chapitre	
Chapitre 1	Le patient
Chapitre 2	Les équipes de soins
Chapitre 3	L'établissement

Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	87%
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	97%
2.1-05	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitations de contacts, de visites, retrait d'effet personnels, isolement) est argumentée et réévaluée	88%
2.2-17	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	46%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	100%
2.4-04	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés.	100%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein	100%
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	100%
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	83%
3.7-03	L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	100%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	77%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	50%
		Non

3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	Applicable
--------	---	------------

# Chapitre 1 : Le patient



Score du chapitre  
**97%**  
du score maximal

Objectifs		
1,1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	92%
1,2	Le patient est respecté.	98%
1,3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Au sein du CHN le patient est assuré de recevoir l'information qui lui est nécessaire et de trouver les conditions nécessaires à son implication dans sa prise en charge.

L'information du patient est adaptée à son degré de discernement. La nouvelle version livret d'accueil remise au patient en hospitalisation complète est récente. Elle se complète d'annexes indépendantes pouvant préciser les informations de la partie reliée (Soins sans consentement, signalement effets indésirables, identitovigilance, ...). Dans les structures ambulatoires le patient a à disposition un livret d'accueil spécifique à leur fonctionnement. Dans toutes les unités le patient a accès par voie d'affichage aux différentes chartes du patient hospitalisé, Romain Jacob ou encore la charte européenne de l'enfant hospitalisé.

Le patient est associé aux prises des décisions qui le concernent, de manière adaptée à son état de santé et ses capacités de discernement.

Le consentement du patient est au cœur de sa prise en charge. Dans les situations de soins sous contrainte le patient est pris en charge avec la volonté de construire au mieux les conditions d'une alliance thérapeutique respectueuse de ses droits.

Au-delà du recueil du consentement aux soins des titulaires de l'autorité parentale, le patient mineur est sollicité pour recueillir son avis sur sa prise en charge.

Dans l'ensemble des secteurs de l'établissement le patient peut bénéficier d'un accompagnement personnalisé pour son implication dans la gestion de ses soins. Son intégration éventuelle dans des programmes d'éducation thérapeutique structurés (Bipol'Aide, Psych'Aid) ou encore l'accompagnement à la préparation des piluliers pour les patients en ambulatoire en sont des illustrations.

Le patient est informé et sollicité pour désigner la personne de confiance ou la personne à prévenir. Ces informations sont tracées dans son dossier.

Dans la période de préparation de la sortie, le patient est accompagné par les professionnels pour lui préciser les évolutions de son traitement et son actualisation au jour du départ.

Les livrets d'accueil et les flyers de présentation spécifiques aux structures ambulatoires apportent au patient des informations utiles au cadre de sa prise en charge. Ils donnent des informations pratiques, en particulier sur les modalités de contact des professionnels ou encore des structures d'urgence. Une unité de prise en charge d'enfant a mis en place un document de type « carnet de correspondance » qui renforce l'interactivité des liens d'information entre le patient et l'équipe de soins.

Le patient en hospitalisation complète peut trouver les informations relatives à son droit à rédiger ses directives anticipées dans le livret d'accueil ainsi qu'un formulaire de déclaration selon sa volonté. Cependant ces informations restent inégalement connues des patients rencontrés en hospitalisation complète. Elles ne sont pas mentionnées dans les livrets d'accueil spécifiques aux unités de l'ambulatoire.

Même si ces situations restent peu fréquentes dans l'établissement, le patient en fin de vie peut faire valoir sa décision d'accéder aux soins palliatifs.

Le patient a accès dans le livret d'accueil et par voie d'affichage aux informations concernant les Représentants des Usagers (RU), ainsi qu'aux modalités pour les contacter directement.

Le patient au moment de sa sortie d'hospitalisation complète est systématiquement sollicité pour faire part de sa satisfaction. La check liste de sortie mentionne la remise d'un questionnaire de satisfaction dont il peut se saisir selon sa volonté. Des questionnaires de satisfaction spécifiques à l'ambulatoire et aux hôpitaux de jour (HDJ) sont déployés depuis le printemps 2023.

Le patient pris en charge au sein du CHN va y trouver les conditions du respect de sa personne.

Le plus généralement les conditions d'accueil et d'hébergement garantissent le respect de son intimité et de sa dignité. Cependant certaines infrastructures accueillant des adultes, des personnes âgées ou des patients mineurs ne permettent pas de répondre de manière satisfaisante à ces exigences. Elles font l'objet de projets d'infrastructure en cours d'étude. Pour ces unités, les professionnels sont mobilisés pour limiter au mieux l'impact de ces conditions sur les patients concernés. Mais au-delà de ce problème structurel limité à certaines unités, les différentes rencontres avec les patients et les professionnels tout au long de la visite permettent de rendre compte du respect de la dignité et de l'intimité des personnes prises en charge au CHN.

Dans les situations peu fréquentes où un patient de plus de 16 ans doit être accueilli dans un service d'adulte les conditions de son accueil sont adaptées pour assurer la sécurité de son environnement. Un infirmier du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent vient en renfort de l'équipe adulte pour adapter la prise en charge de l'adolescent au plus près de ses besoins.

Le patient en situation de handicap physique ou le patient âgé peut trouver au sein de l'établissement les conditions favorables au maintien de son autonomie. Le travail sur l'autonomisation du patient en situation de handicap psychique est au cœur de la mise en œuvre du projet de soins. L'unité d'hospitalisation des 4 Vents illustre, parmi d'autres, cette dimension.

Les patients rencontrés lors de la visite ont pu témoigner des conditions du respect de la confidentialité lors des échanges avec les professionnels. Cela s'est confirmé dans les observations menées tout au long de la visite.

Les motivations du recours à la contention mécanique, limitées au strict temps nécessaire, sont explicitées au patient et reprises au moment de la levée de la mesure.

Dans toutes les situations où cela peut s'avérer nécessaire, en particulier compte tenu de son âge ou de la sévérité de sa pathologie, le patient peut être accompagné et aidé pour assurer ses besoins élémentaires lorsque cela est nécessaire.

Le patient est systématiquement sollicité pour l'évaluation de sa douleur lors de son admission et à périodicité définie selon les unités avec des moyens adaptés à son état. En cas de douleur cette évaluation est reconduite après l'administration d'un antalgique. Cependant le niveau de déclenchement d'une administration d'antalgique prescrite en cas de besoin n'est pas précisé dans la prescription. La traçabilité de la réévaluation de la douleur n'est pas systématiquement retrouvée dans son dossier.

Toujours dans le respect de l'accord du patient, l'implication des proches dans la mise en œuvre du projet de soins est recherchée. Les échanges du patient avec ses proches dans les unités d'hospitalisation complète peuvent se faire dans des conditions satisfaisantes garantissant le respect de la dignité et de l'intimité.

Lorsque cela s'avère nécessaire en fonction de leurs contraintes et/ou lorsque la situation le nécessite, des dispositions permettent aux proches d'être présents auprès du patient en dehors des heures de visite.

La prise en compte des conditions de vie et de lien social est intégrée dans le projet de soins du patient. Les assistants de service sociaux du CHN sont associés à la mise en œuvre de ces projets pour les patients en situation de précarité. Les professionnels ont accès à un réseau extérieur de correspondants sociaux.

La prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent intègre les préoccupations sociales, éducatives et scolaires corrélées à son état de santé. A titre d'exemple l'Hôpital de Jour (HDJ) Nov'Ado propose un dispositif d'accompagnement pédagogique. D'une manière plus générale les liens des équipes de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent avec le milieu scolaire sont fonctionnels. Ils permettent de répondre et d'accompagner au mieux les besoins de l'enfant.

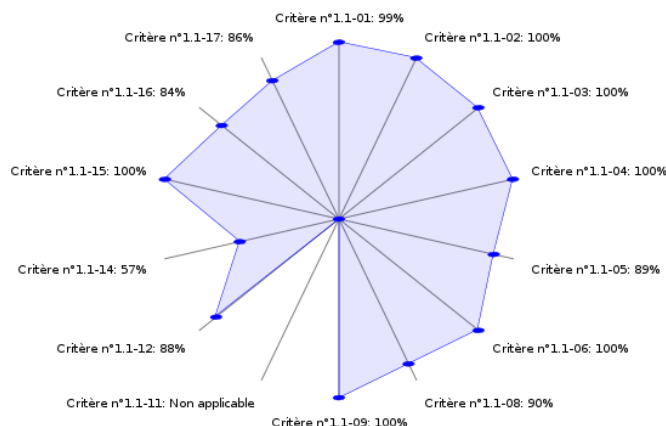
Les objectifs de socialisation sont au cœur du projet de soins du patient selon les modalités d'un accompagnement adapté au plus près de ses besoins. Les liens entre les différentes structures de l'intra et de l'extra hospitalier, la mise en place d'équipes mobiles (transition adolescent-adulte, précarité, personnes âgées, handicap), avec le secteur médico-social permettent de soutenir cette démarche.

Les conditions habituelles de vie du patient sont évaluées dans le cadre du projet de soins et actualisées en fonction de son évolution.

### Analyse des résultats par l'établissement

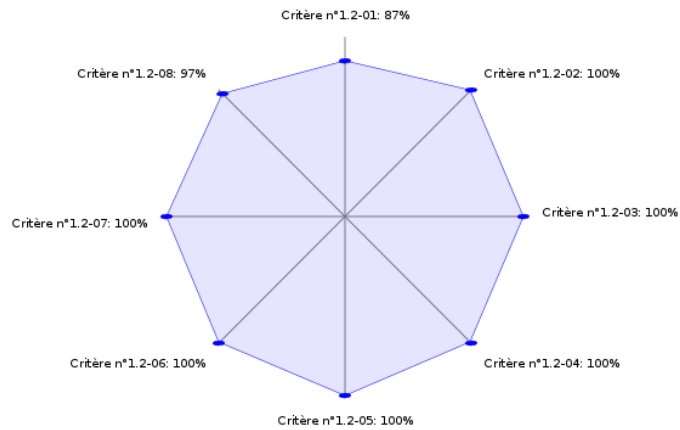
### Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

## Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.



Critères		
1.1-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques	99%
1.1-02	Le patient est impliqué, s'il le souhaite, dans l'évaluation bénéfique/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge	100%
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.1-04	L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé	89%
1.1-06	Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie ou sa prise en charge	100%
1.1-08	Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix	90%
1.1-09	Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits	100%
1.1-11	Le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés	Non Applicable
1.1-12	En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge	88%
1.1-14	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	57%
1.1-15	Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs	100%
1.1-16	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile	84%
1.1-17	Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction	86%

## Objectif 1.2 : Le patient est respecté.



Score de  
l'objectif  
**98%**

Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	87%
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.2-03	Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	100%
1.2-04	Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	100%
1.2-05	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant	100%
1.2-06	Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale	100%
1.2-07	Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité	100%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	97%



## Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient

Critère n°1.3-01: 100%

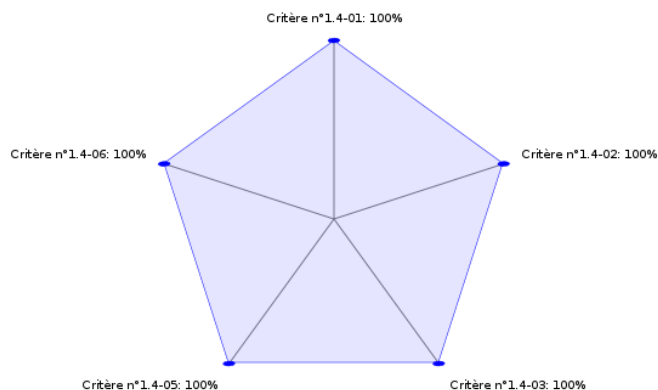


Critère n°1.3-03: 100%

Score de  
l'objectif  
**100%**

Critères		
1.3-01	Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins	100%
1.3-03	La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visites, lorsque la situation le nécessite	100%

## Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge

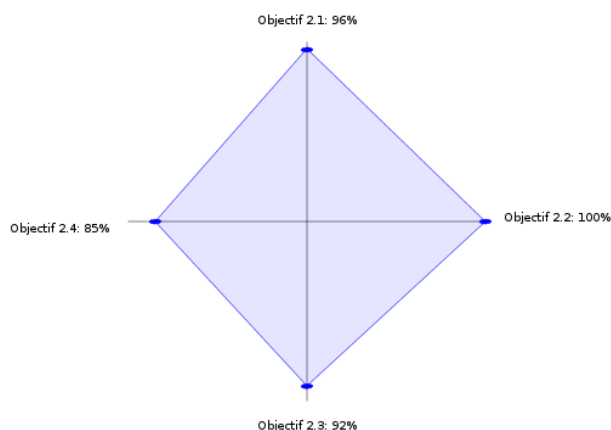


Score de  
l'objectif  
**100%**

Critères		
1.4-01	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.4-02	Le patient vivant avec un handicap ou ses proches et/ou aidants exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins	100%
1.4-03	Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation	100%
1.4-05	Le patient atteint de troubles psychiques bénéficie d'un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner son inclusion sociale dans le cas où son état de santé le nécessite	100%
1.4-06	Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie	100%



## Chapitre 2 : Les équipes de soins



Score du chapitre  
**93%**  
du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	96%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	92%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	85%

Les décisions de prise en charge sont élaborées de manière partagée et coordonnée entre les professionnels au sein du CHN.

En hospitalisation complète, l'évaluation initiale du patient est réalisée conjointement avec le médecin psychiatre et un infirmier. Le moment de l'admission dans l'unité par un infirmier est protocolisé selon les modalités d'une check-list d'admission. Elle précise les éléments d'information à donner et à recueillir auprès du patient.

Les demandes d'hospitalisation en HDJ sont systématiquement évaluées en amont de l'admission. A l'admission une période initiale d'observation permet de s'assurer de la pertinence de ce mode de prise en charge.

Les réunions de synthèse clinique régulières dans l'ensemble des unités permettent d'argumenter et de tracer de manière continue les décisions de prise en charge.

La mise en œuvre des mesures de restriction de liberté, et tout particulièrement des mesures d'isolement et de contention, est protocolisée. La conformité des prescriptions médicales, de leurs réévaluations et des mesures de surveillance a pu être objectivée lors des évaluations « patients traceurs ». L'appropriation de ces informations par le patient peut être rendue difficile en fonction du moment où elle lui est donnée.

Les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées et sont réévaluées selon le délai prévu conformément aux recommandations bonnes pratiques. Le chef de service de la pharmacie, titulaire d'un DU d'antibiothérapie, est le référent local en antibiothérapie. Un référent extérieur peut être sollicité si nécessaire auprès du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Besançon.

La coordination des professionnels est effective dans l'ensemble des unités du CHN.

Les professionnels maîtrisent l'utilisation du Dossier Patient Informatisé (DPI). Il est déployé sur l'ensemble des structures de l'établissement. Il permet la fluidité et l'immédiateté des échanges entre l'ensemble des professionnels concernés par la prise en charge d'un patient. Les professionnels tracent leurs interventions dans le DPI. Ils connaissent les règles de préservation de la confidentialité concernant les informations apportées par des tiers, non communicables au patient.

La coordination des équipes est effective pour la mise en œuvre du projet de soins adapté aux besoins et préférences du patient. Le refus d'une prise de traitement est respecté. Dans les unités d'hospitalisation complète les temps de transmissions soignantes sont définis. Les réunions cliniques hebdomadaires rassemblent les différents acteurs de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire pour la coordination du projet de soins, en y incluant les soins de support. L'organisation en pôles de l'établissement selon des critères géographiques permet la fluidité de la prise en charge des patients entre l'intra et l'extra hospitalier, ainsi qu'entre les différents pôles autant que de besoin.

Une conciliation médicamenteuse est réalisée lors de l'admission des personnes âgées, selon la priorisation de la démarche définie par l'établissement.

Les équipes peuvent faire appel à un réseau d'expert. En interne ce sont des ressources identifiées dans les domaines de la douleur, de l'hygiène, ou encore dans le cadre de l'expertise des équipes mobiles déployées sur le territoire de l'établissement. Les professionnels peuvent faire appel à une équipe extérieure de soins palliatifs.

Une équipe mobile de transition adolescent adulte (EMTAA) vient renforcer dans la durée l'accompagnement des patients dans cette période sensible de leur évolution.

Les équipes de pédopsychiatrie recueillent les données issues du carnet de santé de l'enfant. Pour des raisons éthiques en lien avec le risque de stigmatisation du patient

mineur, ils n'actualisent pas le carnet de santé. Ils laissent ainsi aux parents le libre choix de communiquer les comptes-rendus d'hospitalisation ou les bilans d'étape des prises en charge à des professionnels de santé extérieurs non directement impliqués dans le parcours spécialisé de soins de l'enfant.

L'examen somatique initial est réalisé pour tout patient admis en hospitalisation complète. Les médecins généralistes de l'établissement assurent dans la durée la réponse aux besoins somatiques des patients en coordination avec les équipes de soins. Cette coordination au sein de l'établissement va se renforcer avec la mise en place progressive du projet « SomaPsy ».

Les équipes en charge de l'ambulatoire sont vigilantes pour favoriser au mieux un accès précoce aux soins dans un contexte de ressources humaines contraint. Toute demande nouvelle de prise en charge est évaluée pour définir une priorisation si nécessaire.

Pour les prises en charge de patients en fin de vie les professionnels peuvent faire appel à une équipe extérieure de soins palliatifs selon les modalités d'un accompagnement d'équipe. A titre individuel, ils peuvent également trouver un soutien auprès du psychologue du travail.

La remise de la lettre de liaison au patient est effective au moment de sa sortie. Ce courrier de liaison est transmis par voie postale au médecin traitant, selon l'accord du patient. La conformité de ce processus reste un point de vigilance des équipes tenant compte des résultats des IQSS de la campagne 2022.

La maîtrise des risques liés à leurs pratiques est globalement assurée par les professionnels.

Les secrétariats médicaux sont formés à l'identivigilance pour le recueil des données d'identité. Ils sont en lien avec un médecin en charge du Département d'Information Médicale (DIM). Les professionnels connaissent et appliquent les mesures de base de l'identivigilance dans leurs pratiques. En complément, un bracelet d'identification est posé à tout patient se rendant à une consultation à l'extérieur de l'établissement.

Les prescriptions médicamenteuses se font exclusivement dans le DPI. Le bilan thérapeutique du patient est retrouvé dans le dossier. La dispensation journalière nominative est déployée sur certaines unités à l'aide d'un robot spécialisé. Dans les unités qui ne bénéficient pas de ce processus, la dispensation est assurée de manière hebdomadaire selon les modalités d'une dotation globale. Les conditions d'approvisionnement des unités sont définies pour répondre aux besoins des professionnels. Le transport des médicaments est assuré dans des conteneurs sécurisés, dans le respect de la chaîne du froid pour les produits thermosensibles. Des solutions de dépannage sont décrites pour répondre à des besoins ponctuels des unités. La vérification des médicaments périmés est réalisée mensuellement. Au-delà du secteur identifié dans lequel est mis en œuvre la conciliation médicamenteuse, la pharmacie procède à une analyse pharmaceutique des prescriptions de niveau 2. Les avis pharmaceutiques sont pris en compte par les professionnels. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments et de sa traçabilité.

Cependant lors de la visite il a pu être constaté une vision globale de l'établissement sur la liste des médicaments à risque. L'uniformité d'affichage de la liste des médicaments à risque dans l'ensemble des unités quelques soient les spécificités des modes d'activité de pédopsychiatrie, psychiatre adulte et psychiatrie du sujet âgé ne permet pas de renforcer la maîtrise des risques liés à l'utilisation des médicaments dans ces unités. Cette maîtrise n'est pas relayée par ailleurs par des actions de formation ciblées sur ces spécificités. Cependant les professionnels rencontrés en visite ont pu rendre compte de leurs connaissances et de leur vigilance dans ce domaine de nature à maîtriser le risque.

Les professionnels maîtrisent les risques infectieux en lien avec leurs pratiques. Le suivi de la consommation des solutions hydro-alcooliques est effectif. Les pratiques de l'hygiène des mains sont évaluées. Les règles relatives aux précautions standards et complémentaires sont mises en œuvre conformément aux attendus des bonnes pratiques. Les professionnels peuvent s'appuyer sur une équipe opérationnelle d'hygiène disponible et proche du terrain. Son action est relayée par des correspondants dans les pôles.

Les équipes connaissent les précautions à respecter pour la mise en œuvre des dispositifs invasifs. Cependant la pertinence de leur maintien et sa réévaluation ne sont pas systématiquement évaluées et tracées.

Les professionnels, en particulier dans le secteur des personnes âgées, évaluent le risque de dépendance iatrogène et mettent en place les mesures nécessaires pour le prévenir.

La promotion de la vaccination est assurée au sein de l'établissement. Les professionnels ont accès à la vaccination antigrippale dans leurs unités. La médecine du travail peut sensibiliser les personnels sur l'actualisation de leur couverture vaccinale au-delà des seules obligations vaccinales réglementaires.

Les professionnels sont formés et connaissent la conduite à tenir dans les situations de violence avec les patients. Lorsque celles-ci surviennent, dans une perspective de prévention de la récurrence, elles sont reprises au décours avec le patient. Cela ne donne pas encore lieu à l'élaboration d'un plan de prévention partagé de prévention de la récurrence.

L'établissement dispose d'un plateau technique de radiologie standard mis en œuvre conformément à la réglementation. Le manipulateur d'électroradiologie se conforme aux règles de réalisation des examens de radiologie et au port des dispositifs de dosimétrie.

Le transport intrahospitalier des patients est maîtrisé. Il est assuré par une cellule dédiée selon un processus défini de commande et de réalisation du transport dans des conditions sécurisées. Les professionnels en charge du transport des patients sont formés pour cette activité.

Les équipes du CHN évaluent régulièrement leurs pratiques.

Les professionnels tiennent compte des résultats des enquêtes de satisfaction patients pour améliorer leurs pratiques.

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont affichés dans l'ensemble des secteurs de l'établissement. Leur analyse donne lieu à des actions d'amélioration au sein des unités.

Mais par ailleurs les professionnels n'ont pas présenté lors de la visite de démarches se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques.

Les professionnels analysent les événements indésirables selon des méthodes validées. Cela donne lieu à des plans d'actions au vu des conclusions de ces analyses. Les événements indésirables graves sont déclarés à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

La réalisation des examens de biologie est assurée par un laboratoire extérieur. Un bilan du fonctionnement de ce processus est réalisé annuellement avec un suivi des non-conformités de prélèvement. Les résultats de biologie s'incrémentent directement dans le DPI pour une mise à disposition des résultats sans délai pour les

professionnels.

Les examens de radiologie standards réalisés sur l'établissement sont interprétés dans des délais courts par un prestataire extérieur. Pour les autres besoins de radiologie, les professionnels font appel aux services de radiologie du CHU selon des modalités de fonctionnement satisfaisantes.

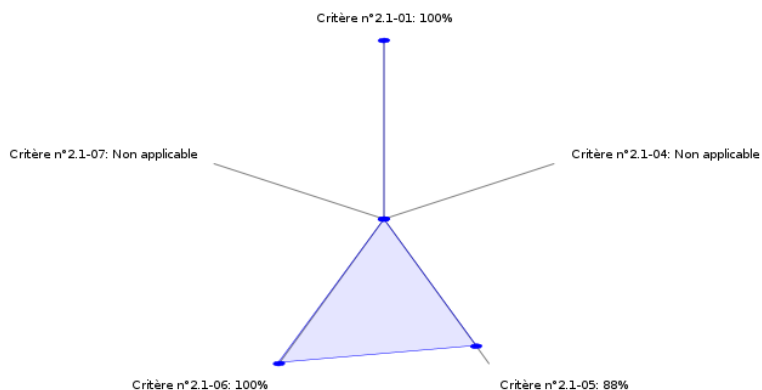
**Analyse des résultats par l'établissement**

--

**Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs**

--

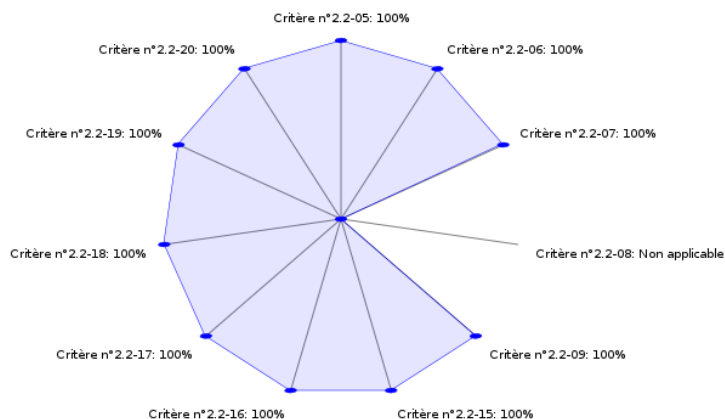
## Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe



Score de  
l'objectif  
**96%**

Critères		
2.1-01	La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.1-04	En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient.	Non Applicable
2.1-05	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitations de contacts, de visites, retrait d'effet personnels, isolement) est argumentée et réévaluée	88%
2.1-06	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.1-07	La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL) est argumentée	Non Applicable

## Objectif 2.2 : Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge

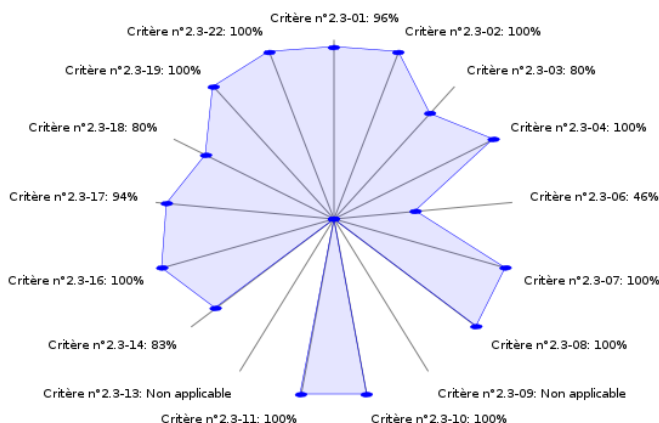


Score de l'objectif  
**100%**

Critères		
2.2-05	Le dossier du patient est complet et accessible par les professionnels impliqués	100%
2.2-06	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	100%
2.2-08	Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité	Non Applicable
2.2-09	L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise	100%
2.2-15	En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient	100%
2.2-16	Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé, sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins	100%
2.2-17	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.2-18	En psychiatrie, la prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins psychiques	100%
2.2-19	Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie	100%
2.2-20	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant	100%

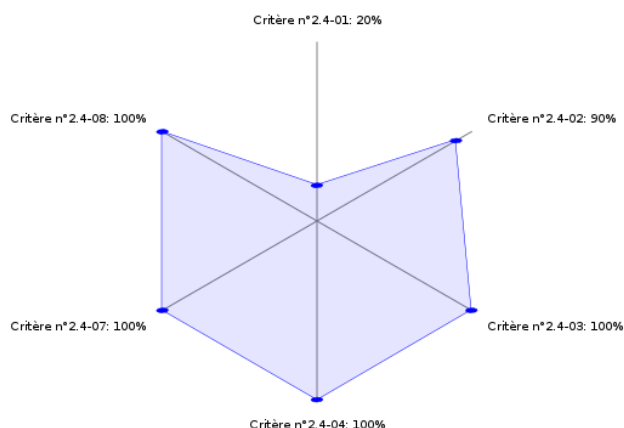


## Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques



Critères		
2.3-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	96%
2.3-02	Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires	100%
2.3-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	80%
2.3-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	100%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	46%
2.3-07	L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques	100%
2.3-08	Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie	100%
2.3-09	Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle	Non Applicable
2.3-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains	100%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	100%
2.3-13	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs	Non Applicable
2.3-14	Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates	83%
2.3-16	Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène	100%
2.3-17	Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé	94%
2.3-18	La gestion des récides d'épisodes de violence est anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de prévention partagé	80%
2.3-19	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants	100%
2.3-22	Le transport des patients en intrahospitalier est maitrisé	100%

## Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle

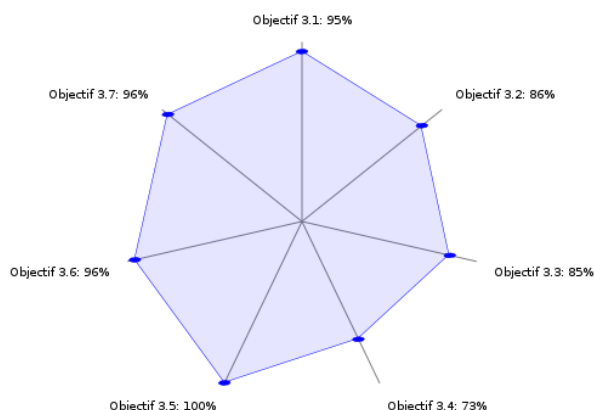


Score de  
l'objectif  
**85%**

Critères		
2.4-01	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques.	20%
2.4-02	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients.	90%
2.4-03	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins.	100%
2.4-04	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés.	100%
2.4-07	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place.	100%
2.4-08	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mise en place	100%



## Chapitre 3 : L'établissement



Score du chapitre  
**90%**  
du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	95%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	86%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	85%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	73%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	96%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	96%

Les orientations stratégiques de l'établissement sont en cohérence avec son implantation territoriale.

Le CHN est coordonnateur du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). Il accueille la plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale du département du Doubs. Cette plateforme définit des engagements inscrits dans un Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM). Ces engagements font l'objet d'un suivi régulier. La mise en place des équipes mobiles spécialisées pour les enfants et adolescents, les adultes handicapés, les personnes âgées ou en situation de précarité rend compte de l'engagement de l'établissement dans la politique de « l'aller-vers » ces différents publics.

L'établissement participe aux cellules de situations complexes visant à répondre aux besoins des professionnels des différents champs du soins, social, justice et de tous les partenaires qui agissent pour le mieux-être des personnes en souffrance psychique. Il est membre du bureau de la Communauté Professionnel du Territoire de santé (CPTS) du Haut Doubs et du Grand Besançon et membre du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) du Grand Besançon.

Le compte rendu d'une réunion plénière du CTSM rend compte des actions réalisées sur les parcours enfants, adolescents et adultes. Il précise ainsi pour l'année 2022 le renforcement de l'offre de psychotraumatisme pour les enfants et adolescents ou encore l'ouverture de 8 lits d'addictologie au CHN.

Les structures ambulatoires de psychiatrie sont en lien avec la médecine de ville pour la coordination des parcours et la prise en compte des besoins somatiques des patients. Les usagers peuvent rejoindre facilement les différentes structures du CHN.

Dans le cadre du CTSM il est procédé à une actualisation annuelle du guide des partenaires en santé mentale du Doubs pour faciliter les échanges entre les professionnels. Cependant l'établissement n'a pas encore mis en place une messagerie sécurisée pour un accès rapide aux échanges d'information. Ce projet est en cours d'élaboration.

L'établissement s'engage dans une promotion de la recherche clinique. Il a défini une lettre d'engagement en faveur de la recherche clinique médicale et paramédicale. Cette orientation, nouvellement formalisée, avait déjà trouvé une déclinaison dans la fiche de poste d'un infirmier en pratique avancé (IPA). Il y est fait mention d'un objectif de développement de la recherche en soins infirmiers.

L'objectif visant à favoriser l'engagement du patient au sein du CHN est globalement atteint.

Le CHN soutient le recueil de la satisfaction patient. Le bilan des questionnaires de sortie est transmis aux pôles. Il s'accompagne d'un plan d'actions d'amélioration défini en concertation avec les Représentants des Usagers (RU). Il porte sur le développement de questionnaires de satisfaction spécifiques aux différentes structures ambulatoires. Le CHN a réalisé une enquête portant sur l'expérience patient en chambre d'apaisement. Des anciens patients sont mobilisés dans le cadre du groupe d'éducation thérapeutique pour les troubles bipolaires pour y apporter leur expérience. L'établissement soutient une politique d'information et de communication auprès des patients. Le livret d'accueil du nouvel arrivant et la structuration de leur accompagnement dans un programme d'information de 12 modules illustre la déclinaison de cette politique. Les plaintes et réclamations sont connues des professionnels. Le CHN soutient une politique de promotion de la bientraitance et identifie les situations dans

lesquelles celle-ci pourrait être impactée. C'est dans ce contexte de tension sur les ressources humaines qu'il a été amené à réduire la capacité hospitalière de 18 lits.

Le recueil des situations de maltraitance dont auraient été victime les patients avant leur prise en charge est effectif dans le PMSI. Les modalités de repérage, de signalement ou de prise en charge de la maltraitance sont connues des professionnels. Le CHN a une politique de diffusion des recommandations de bonnes pratiques en cas de suspicion ou d'acte de maltraitance avéré envers un patient. Il met en place des formations sur le repérage de la maltraitance. Il évalue annuellement le repérage des situations de maltraitance ou risque réalisées par les pôles.

L'accessibilité handicapé est globalement assurée sur l'ensemble des emprises du CHN avec cependant des restrictions sur certains bâtiments anciens voire une non-accessibilité pour ce qui concerne le CMP Jules Vernes.

Le CHN accueille une population souvent en situation de précarité. Le développement d'équipes mobiles telles que l'Équipe Mobile Précarité Psychiatrique (EMPP) ou encore son implication dans le Contrat territorial d'Accueil et d'Insertion des réfugiés (CTAI) rendent compte de cet engagement.

L'organisation de l'accès du patient à son dossier est effective. Les délais de remise sont suivis et donnent lieu à des plans d'actions en cas de dépassement de ce qui est prévu dans la réglementation.

L'établissement n'a pas présenté lors de la visite de démarche visant à favoriser l'accès à l'innovation pour les patients. Mais cela doit être remis dans un contexte qui en santé mentale porte plus sur des organisations nouvelles, que développe l'établissement, plutôt que sur la possibilité d'accéder à des thérapies complexes innovantes.

Les Représentants des Usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement et leur place est reconnue. Un projet des usagers est formalisé. Ils ont connaissance des plaintes et réclamations. Ils participent à leur analyse et sont informés des réponses apportées par l'établissement.

L'objectif de l'établissement dans le domaine de son leadership est globalement atteint.

Le CHN dans ses instances définit et évalue la stratégie du Programme d'Amélioration Continue de la Qualité et la Sécurité des Soins (PAQSS). Elle est coordonnée et animée dans le cadre du Comité de Pilotage (COFIL) Qualité et du Comité des Vigilances et des Risques (COVIRIS) en lien également avec la Commission des Usagers (CDU). Elle est relayée auprès des professionnels par les différents responsables médicaux et de l'encadrement de soins. Elle s'appuie sur des groupes de travail spécialisés comme à titre d'exemple le MERIDON (Médicament, Risque infectieux, Douleur, Nutrition). Elle trouve une traduction dans les contrats de pôle. Des orientations prioritaires de la politique qualité et sécurité des soins ont été définies, telles que la prévention du risque suicidaire ou encore la politique de moindre recours à l'isolement et à la contention.

La gouvernance est directement impliquée dans les actions du PAQSS. Il a défini une charte d'incitation au signalement des événements indésirables. Des formations à la détection, signalement et analyse des événements indésirables sont déployées. Cependant la culture sécurité des soins des professionnels n'a pas été évaluée.

La gouvernance s'assure de l'adéquation des ressources humaines aux enjeux de qualité et de sécurité des soins. Ainsi en cas de besoins de renforts soignants dans les unités, le CHN privilégie le recours aux heures supplémentaires plutôt qu'à des personnels intérimaires. Il souligne par là l'importance préserver dans les moments de tension en ressources humaines une culture commune de travail pour les professionnels.

Le CHN a mis en place des formations au management pour les médecins en responsabilité managériales. Les responsables de l'encadrement soignant se réunissent régulièrement pour partager leurs expériences dans le cadre de réunions institutionnelles trimestrielles, de réunions mensuelles des cadres de santé ou encore de réunions hebdomadaires des cadres de santé par pôle. Mais l'établissement n'a pas mis en place d'actions de soutien ou de coaching des cadres dans l'exercice de leurs fonctions.

L'objectif de développement des compétences et de soutien du travail en équipe au CHN est globalement atteint.

Les temps d'échange entre les professionnels médicaux et paramédicaux sont effectifs à l'occasion des réunions quotidiennes de l'activité des unités ou celles hebdomadaires de synthèse clinique dans les différents secteurs d'activité du CHN. Le personnel travaillant exclusivement de nuit peut être sollicité pour participer à des réunions institutionnelles. La mise en place d'un binôme médico soignant ou encore une action pour la valorisation du temps de transmission en équipe rendent compte d'un travail spécifique d'amélioration de la synchronisation des temps d'équipe.

Les compétences sont évaluées dans le cadre annuel de l'entretien professionnel et de l'entretien de formation. Les professionnels ont régulièrement accès à des formations. Mais l'établissement ne s'est pas engagé dans la structuration de programme intégré d'acquisition et de maintien des compétences en équipe.

Lors des rencontres avec les professionnels il a pu être constaté leur implication dans une réflexion éthique en lien avec leurs pratiques. Un comité d'éthique est en place dans l'établissement depuis plusieurs années. Mais son fonctionnement fait actuellement l'objet d'une rénovation avec la création d'un Conseil des Sages, d'une mise à jour du règlement intérieur et d'une charte de fonctionnement. Cette organisation est encore peu connue des professionnels de terrain rencontrés lors de la visite.

La politique dans le domaine de la qualité de vie au travail (QVT) est déclinée de manière spécifique au sein du volet social du projet d'établissement. Elle met l'accent sur l'accueil des nouveaux arrivants, l'accompagnement des agents en difficulté, le développement d'une culture institutionnelle. La démarche QVT a été construite de manière participative en groupes de travail avec une représentation des professionnels de terrain. Des réunions au sein des pôles et des unités permettent d'aborder des questions relatives à l'organisation du travail.

Les modalités de résolution des situations de conflit sont connues des professionnels. Ils ont accès si besoin au dispositif d'écoute assuré par le psychologue du travail.

L'établissement s'est organisé pour pouvoir répondre aux risques auxquels il peut être confronté.

Il est répertorié selon le plan ORSAN en tant qu'établissement de repli (3<sup>ème</sup> niveau de recueil des victimes). Le plan Blanc du CHN est établi. La cellule de crise peut se réunir en 45 minutes. Elle a été opérationnelle durant la crise COVID. Le déroulement de cette crise sanitaire a fait l'objet d'un debriefing. Actuellement une cellule de veille maintient une vigilance dans le cadre de l'évolution de l'épidémie. Elle s'est réunie à deux reprises en 2023. Les modalités de déclenchement des plans de crise sont connues des professionnels.

Les risques numériques sont identifiés au sein du CHN. Une charte informatique définit pour les professionnels les règles de sécurité à observer. Ils sont informés de la conduite à tenir en cas d'incident ou d'attaque numérique. Le CHN a participé en lien avec l'ARS à un exercice de cyberattaque.

La prévention des atteintes aux biens et aux personnes est assurée au sein de l'établissement. Dans les unités d'admission les patients disposent d'une carte magnétique pour sécuriser l'espace de leur chambre. Les situations à risque pour les patients et les professionnels sont identifiées. Les professionnels connaissent les règles de sécurité et la conduite à tenir en cas de nécessité. Ils sont équipés de « dispositif travailleur isolé » (PTI) pour appel de renforts en cas de besoin. Un agent de sécurité passe toutes les nuits dans les unités.

Le CHN a désigné un référent développement durable. Un diagnostic initial a été réalisé pour définir un agenda politique de réduction d'émission de carbone. Le passage à l'électricité est en cours pour le renouvellement du parc automobile.

La procédure de prise en charge des urgences vitales est définie dans l'établissement. Une fiche réflexe affichée dans l'ensemble des unités du CHN en rappelle les principes essentiels. L'affichage du numéro d'appel d'urgence était peu lisible dans les unités, bien que connu de la plupart des professionnels rencontrés. Lors de la visite l'établissement a fait preuve de réactivité pour consolider la lisibilité du numéro de téléphone dédié pour joindre un médecin en cas d'urgence. Les professionnels connaissent les signes de l'urgence vitale. Les dispositifs d'urgence (Chariots ou valise d'urgence) sont vérifiés à périodicité régulière. L'établissement suit le niveau de conformité de formation des professionnels à l'Attestation de Formation aux Gestes de Soins Urgents (AFGSU). L'accessibilité à ces formations a été retardée dans le contexte de la crise COVID. Des actions de sensibilisation des médecins aux risques cardio respiratoires sont prévues dans le courant du mois d'octobre 2023. Dans les situations d'urgence rencontrées les professionnels ont fait preuve de réactivité adaptée. Cependant l'établissement n'a pas procédé à des mises en situation d'exercice de simulation à l'urgence sur l'ensemble de ces emprises.

La dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins est maîtrisée au sein de l'établissement.

Les recommandations de bonnes pratiques sont disponibles au sein des équipes Le PAQSS intègre les contributions des usagers. Elles sont connues des professionnels de terrain rencontrés lors de la visite.

Un point qualité est abordé de manière systématique à chacune des réunions mensuelles de la Commission Médicale d'Établissement (CME), ainsi que la sous-commission MERIDON.

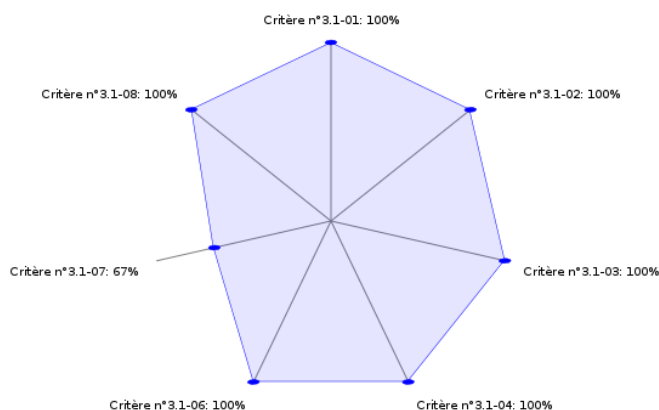
Les résultats des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) sont suivis, analysés et diffusés auprès des équipes. Les objectifs d'amélioration sont présentés en CME. Ils concernent, entre autres, la lettre de liaison, la réévaluation de la douleur, la recherche des addictions. Ces objectifs sont inscrits dans les contrats de pôle.

Le CHN a établi une charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables (EI). L'encadrement est formé à l'analyse de ces événements selon la méthode ALARM. La plateforme de déclaration des EI est accessible à l'ensemble des professionnels. Les événements indésirables graves (EIG) sont déclarés sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables. La Commission des Usagers est systématiquement informée des EIG.

### Analyse des résultats par l'établissement

### Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

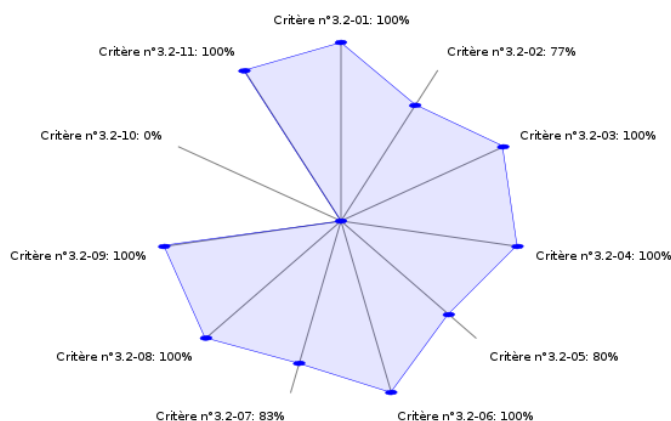
## Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire



Score de  
l'objectif  
**95%**

Critères		
3.1-01	L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours.	100%
3.1-02	L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou extraterritoire dans le cas d'activités de recours	100%
3.1-03	L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)	100%
3.1-04	L'établissement a mis en place des modalités de collaboration entre les services ambulatoires de psychiatrie et la médecine générale de ville	100%
3.1-06	L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales	100%
3.1-07	Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément	67%
3.1-08	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%

## Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement

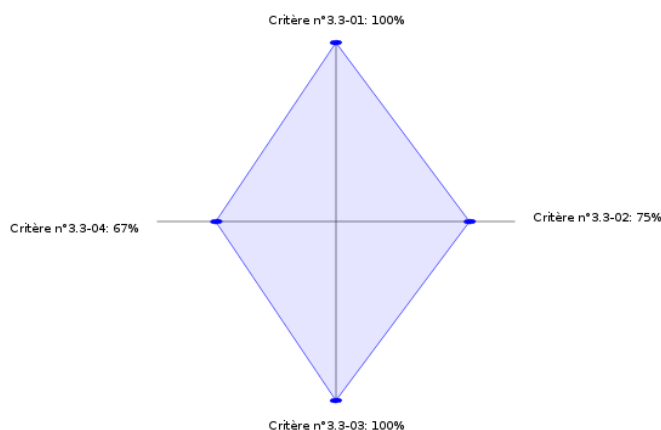


Score de  
l'objectif  
**86%**

Critères		
3.2-01	L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient	100%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	77%
3.2-03	L'établissement a une communication centrée sur le patient	100%
3.2-04	L'établissement veille à la bientraitance	100%
3.2-05	L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients.	80%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein	100%
3.2-07	L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap	83%
3.2-08	L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière	100%
3.2-09	L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier	100%
3.2-10	L'établissement porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique favorise l'accès aux innovations pour les patients	0%
3.2-11	L'établissement implique des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement	100%



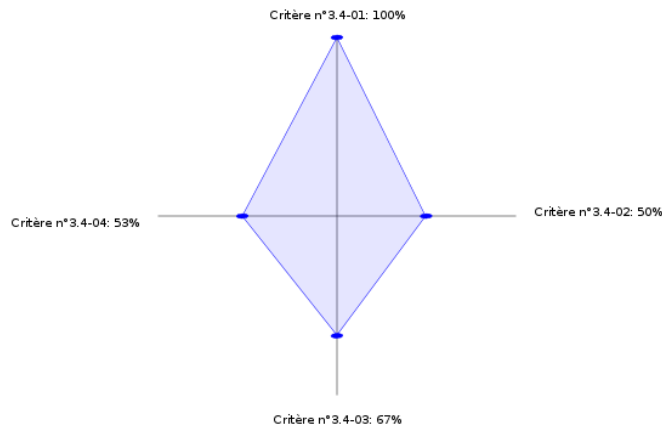
## Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership



Score de  
l'objectif  
**85%**

Critères		
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	100%
3.3-02	L'établissement soutient une culture de sécurité des soins	75%
3.3-03	La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.3-04	Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management	67%

## Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences



Score de  
l'objectif  
**73%**

Critères		
3.4-01	La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe	100%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	50%
3.4-03	Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées	67%
3.4-04	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	53%

## Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance

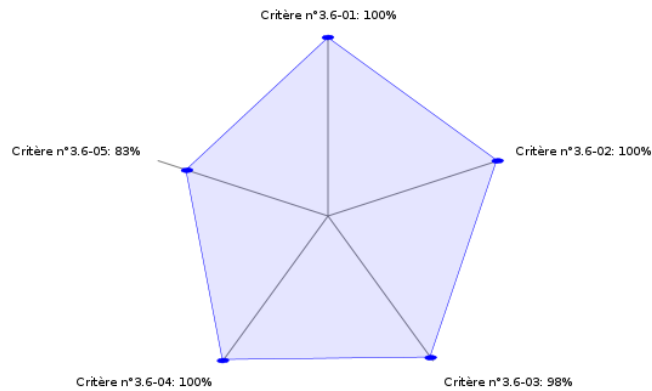
Critère n°3.5-01: 100%

Critère n°3.5-02: 100%

Score de  
l'objectif  
**100%**

Critères		
3.5-01	La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	100%
3.5-02	La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés inter-personnelles et des conflits	100%

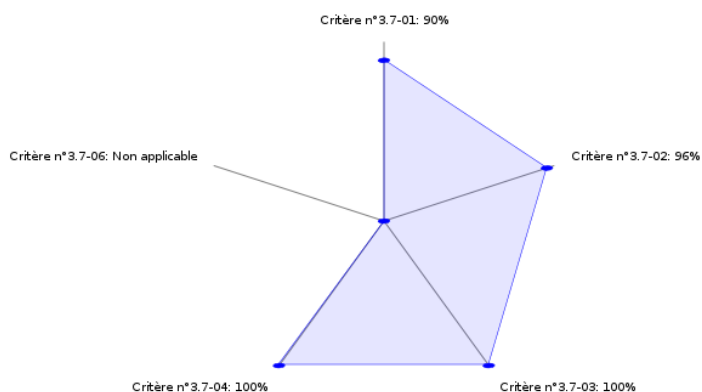
## Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté



Score de  
l'objectif  
**96%**

Critères		
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.6-02	Les risques numériques sont maîtrisés	100%
3.6-03	La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée	98%
3.6-04	Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés	100%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	83%

## Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins



Score de  
l'objectif  
**96%**

Critères		
3.7-01	La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques	90%
3.7-02	L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité	96%
3.7-03	L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins	100%
3.7-04	L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables liées aux soins.	100%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	Non Applicable

