



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

HOTEL DIEU DE PONT L'ABBE

1 rue roger signor Bp 43083 - 29123 - Pont L'Abbe

04/2013

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	8
2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	11
1. Niveau de certification	12
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	null
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	null
4. Critères investigués lors de la visite de certification	null
5. Suivi de la décision	null
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	19
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	22
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	23
3. Regard Patient	24
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	25

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	35
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	37
PARTIE 1. Management stratégique	38
PARTIE 2. Management des ressources	62
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	104
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	130
PARTIE 1. Droits et place des patients	131
PARTIE 2. Gestion des données du patient	220
PARTIE 3. Parcours du patient	250
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	386
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	406
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	413
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	415

PREAMBULE

Le rapport dont vous disposez présente les résultats de la procédure de certification de l'établissement par la Haute Autorité de Santé.

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

La certification mise en oeuvre par la Haute Autorité de Santé tous les 4 ans est une procédure d'évaluation externe. Elle est obligatoire et intervient périodiquement tous les 4 ans.

Sur la base d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de Santé (le manuel de certification), elle a pour objectifs :

- La mise en place d'un système d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- L'atteinte d'un niveau de qualité sur des critères jugés essentiels et qualifiés de pratiques exigibles prioritaires. La mesure de niveau de qualité sur des éléments particuliers est un levier d'amélioration de la qualité,
 - elle complète l'analyse du système par des mesures de la qualité sur des domaines,
 - elle permet de mesurer la cohérence entre la mise en place d'un système d'amélioration et la maîtrise de la qualité sur des points particuliers,
 - elle correspond à une attente des pouvoirs publics et des usagers.

La certification n'établit pas un palmarès des hôpitaux ou cliniques.

Elle ne note pas les professionnels de santé.

Elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par la tutelle.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement.

Le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale de Santé) et est rendu public. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement de progresser dans certains domaines,
- des réserves : constat(s) d'insuffisances dans des domaines,
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité.

Certification	Sans recommandation	La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement de santé à poursuivre la dynamique engagée. La prochaine procédure de certification est fixée à échéance d'au plus 4 ans.
Certification avec recommandation(s)	Au moins une recommandation	L'établissement doit mettre en oeuvre les mesures préconisées. Il en fournit la preuve soit dans le cadre de la procédure en cours soit en prévision de la prochaine procédure à échéance d'au plus 4 ans.
Certification avec réserve(s)	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)	3 à 12 mois sont laissés à l'établissement pour produire un rapport de suivi sur les sujets concernés et apporter la preuve qu'il s'est amélioré sur ces points.
Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure(s)	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)	L'établissement n'est pas certifié (d'où la dénomination « décision de surseoir »). Il ne le sera que s'il démontre au cours d'une visite de suivi réalisée de 3 à 12 mois après la visite initiale qu'il a significativement amélioré les points de dysfonctionnement constatés.
Non certification	Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements	L'établissement n'est pas certifié. La Haute Autorité de Santé examine avec la direction de l'établissement et la tutelle régionale, dans quels délais, il est susceptible de se réengager dans la démarche.

Les décisions et les rapports de certification sont tous rendus publics sur le site internet de la Haute Autorité de Santé, <http://www.has-sante.fr>. Il revient aux établissements de santé d'en assurer la plus large publicité en interne et en externe, (notamment par le biais de leur site internet).

L'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé dispose que le livret d'accueil doit indiquer les conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées d'une information sur les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins, dont le rapport de certification.

L'établissement de santé doit également mettre chaque année à disposition du public les indicateurs de qualité et de sécurité des soins recueillis de manière obligatoire et utilisés dans le cadre de la procédure de certification.

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

HOTEL DIEU DE PONT L'ABBE

Adresse : 1 rue roger signor Bp 43083
29123 Pont L'Abbe FINISTERE

Statut : Privé

Type d'établissement : Etablissement de santé privé
d'intérêt collectif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	118	13	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	32	0	0
Soins de longue durée	34	0	0
Santé mentale	20	0	0

Nombre de sites.:	1
Activités principales.:	- MCO - SSR - USLD - Psychiatrie
Activités de soins soumises à autorisation.:	- Activité de médecine - Activité de chirurgie - Activité de psychiatrie - Activité de soins de suite et réadaptation - Activité de soins de longue durée - Accueil et traitement des urgences - Traitement du cancer par chirurgie et chimiothérapie (comme site associé au CHIC de Quimper)
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	//

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	3 GCS (chirurgie, AMU, plateaux techniques) dans le cadre de l'Union Hospitalière de Cornouaille
Regroupement/Fusion.:	- Avec le groupe HSTV au 01/01/2012 - Conventions de coopération EHPAD et SSR sur le territoire

Réorganisation de l'offre de soins

Arrêt et fermeture d'activité.:	//
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Court séjour gériatrique et MPU

2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1.Niveau de certification

Niveau de certification non communiqué.

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, Sanitaire de la fiche interface HAS/ARS, la Haute Autorité de Santé demande à l'établissement de finaliser sa mise en conformité sur:

- La sécurité incendie
- La sécurité électrique
- Les eaux chaudes sanitaires

la Haute Autorité de Santé a constaté l'absence de contrôles réglementaires sur:

- La désinfection des dispositifs médicaux
- Les déchets à risques infectieux et pièces anatomiques
- Les déchets à risques radioactifs
- Les déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides
- Le secteur opératoire

La Haute Autorité de Santé demande à l'établissement et à l'autorité de tutelle compétente de prendre toute mesure pour que les actions de contrôle soient rapidement mises en oeuvre.

Le dernier contrôle relatif à la stérilisation des dispositifs médicaux a été réalisé en 2003.

3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de Santé est effective.

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 08/04/2013 au 12/04/2013.
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigué les critères suivants :

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.a, 1.b, 1.c, 1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

3.b, 4.b, 5.a, 5.b, 6.a, 6.c, 6.f, 7.b, 7.c, 7.e

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

8.a, 8.c, 8.d, 8.f, 8.g, 8.h, 9.a

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.b Soins de longue durée, 10.c Santé mentale, 10.c Soins de suite et/ou de réadaptation, 10.e Santé mentale, 11.c Soins de longue durée, 11.c Court Séjour, 11.c Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.c Santé mentale, 12.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 12.a Santé mentale, 12.a Soins de longue durée, 12.a Court Séjour, 13.a Court Séjour, 13.a Soins de longue durée, 13.a Soins de suite et/ou de réadaptation

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

14.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 14.a Santé mentale, 14.a Soins de longue durée, 14.a Court Séjour, 14.b Santé mentale, 14.b Soins de longue durée, 14.b Court Séjour, 14.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 15.a Court Séjour, 15.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 15.a Santé mentale, 15.a Soins de longue durée

PARCOURS DU PATIENT

17.b, 18.a Court Séjour, 18.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 18.a Santé mentale, 18.a Soins de longue durée, 18.b Santé mentale, 19.a Personnes démunies, 19.b Santé mentale, 19.b Soins de longue durée, 19.b Court Séjour, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a Court Séjour, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a Santé mentale, 20.a Soins de longue durée, 20.a bis Santé mentale, 20.a bis Soins de longue durée, 20.a bis Court Séjour, 20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.b Soins de longue durée, 21.a Soins de longue durée, 22.a Santé mentale, 24.a Santé mentale, 24.a Soins de longue durée, 24.a Court Séjour, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

25.a, 26.a, 26.b Endoscopie, 26.c

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5. Suivi de la décision

Données non disponibles

3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

Les synthèses graphiques présentées dans le rapport de certification permettent une représentation visuelle des scores obtenus par l'établissement au regard des critères du manuel de certification.

Trois représentations graphiques permettent d'apprécier le positionnement de l'établissement :

Ensemble des thématiques du manuel

Les critères du manuel de certification sont organisés selon huit parties qui décrivent le management de l'établissement et la prise en charge du patient :

- Management stratégique,
- Management des ressources,
- Management de la qualité et de la sécurité des soins,
- Droits et place des patients,
- Gestion des données du patient,
- Parcours du patient,
- Prises en charge spécifiques,
- Évaluation des pratiques professionnelles,

Ces parties constituent les thématiques qui ont été retenues pour construire un graphique en radar sur la base du score moyen obtenu par l'établissement pour chacune de ces thématiques.

Lorsque le score atteint 90%, la thématique concernée est signalée comme un point fort de l'établissement.

Pratiques exigibles prioritaires

Afin de renforcer l'effet levier sur la qualité et la sécurité des soins de la certification, des Pratiques Exigibles Prioritaires sont introduites dans le manuel de certification. Ces Pratiques Exigibles Prioritaires sont des critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées. L'étude par l'équipe d'experts-visiteurs du positionnement de l'établissement au regard de ces exigences est systématique et bénéficie d'une approche standardisée. La sélection de ces pratiques est fondée sur l'identification de sujets jugés fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, par la HAS, les parties prenantes et les experts nationaux et internationaux ainsi que sur la capacité de la certification à générer des changements sur ces sujets.

La non-atteinte d'un niveau de conformité important sur ces exigences conduit systématiquement à une décision de certification péjorative voire à une non-certification.

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

- Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (1.f)
- Gestion des fonctions logistiques au domicile (6.g)
- Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins (8.a)
- Gestion des évènements indésirables (8.f)
- Maîtrise du risque infectieux (8.g)
- Système de gestion des plaintes et des réclamations (9.a)
- Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté (10.e)
- Prise en charge de la douleur (12.a)
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13.a)
- Gestion du dossier du patient (14.a)
- Accès du patient à son dossier (14.b)
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15.a)
- Prise en charge somatique des patients (17.b)
- Continuité et coordination de la prise en charge des patients (18.a)
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge médicamenteuse du

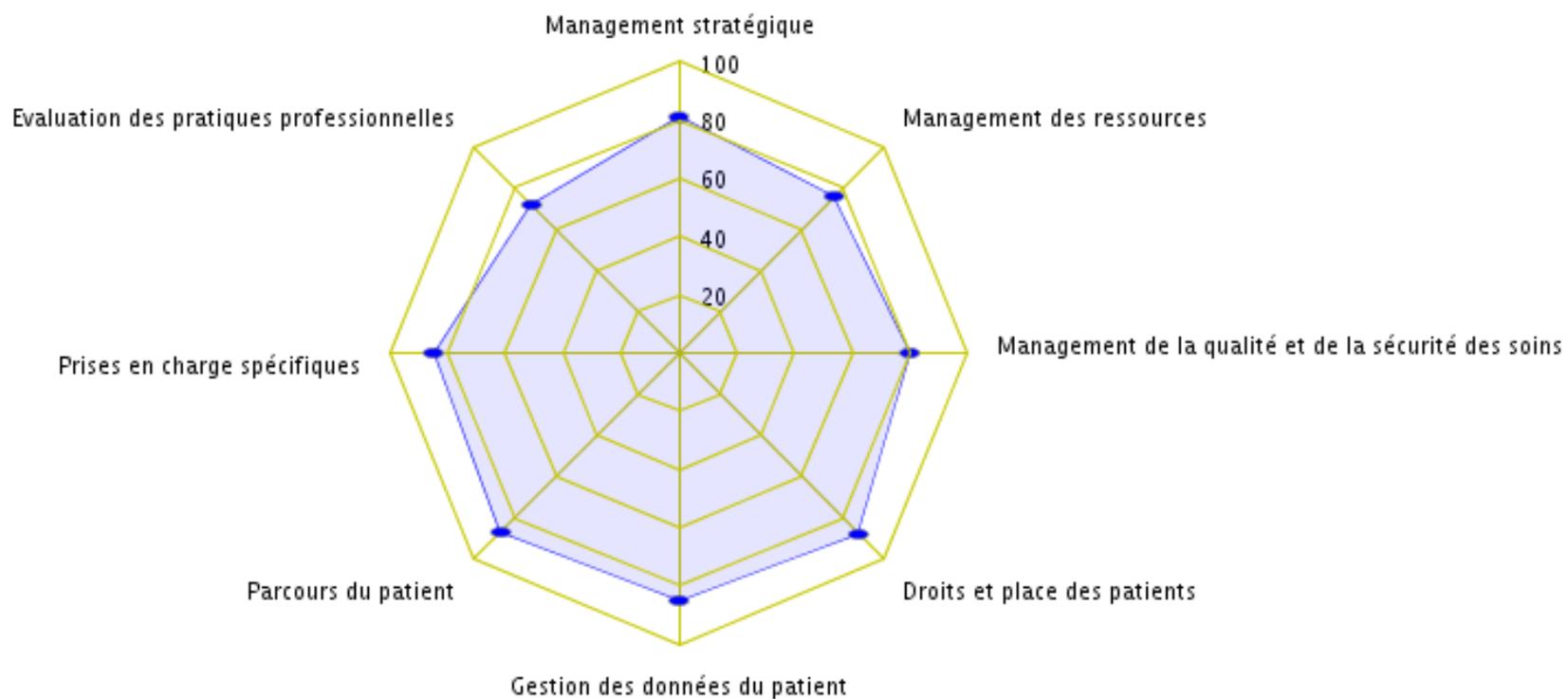
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

Critères sélectionnés par les représentants des usagers

Le troisième graphique présente, sous forme d'histogramme, les scores obtenus sur des critères sélectionnés par les représentants des associations d'usagers comme répondant à des attentes prioritaires en matière de prise en charge du patient :

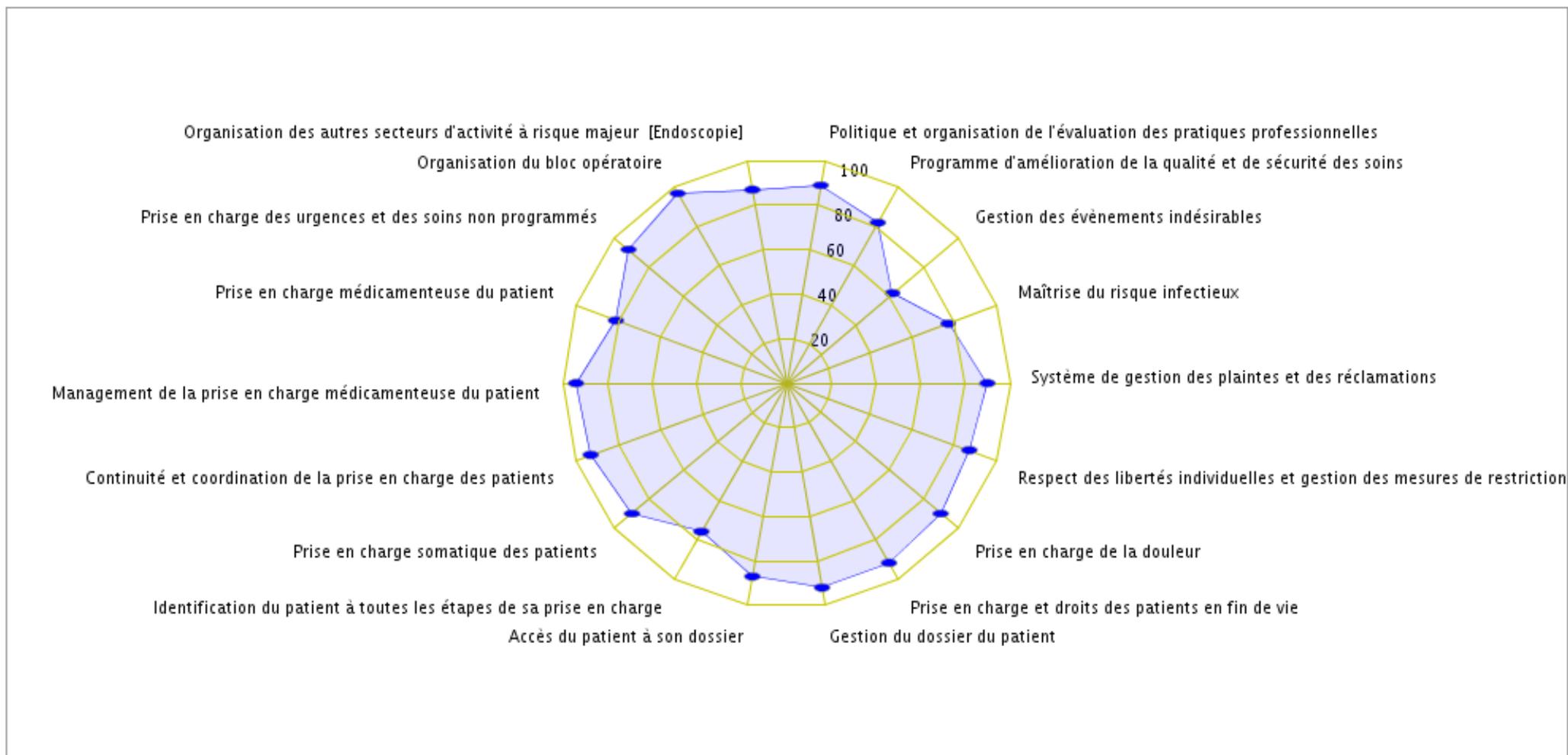
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé et les soins proposés (11a),
- Consentement et participation du patient (11b),
- Information du patient en cas de dommage lié aux soins (11c),
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15a),
- Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé (17a),
- Continuité et coordination de la prise en charge des patients (18a),

1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques

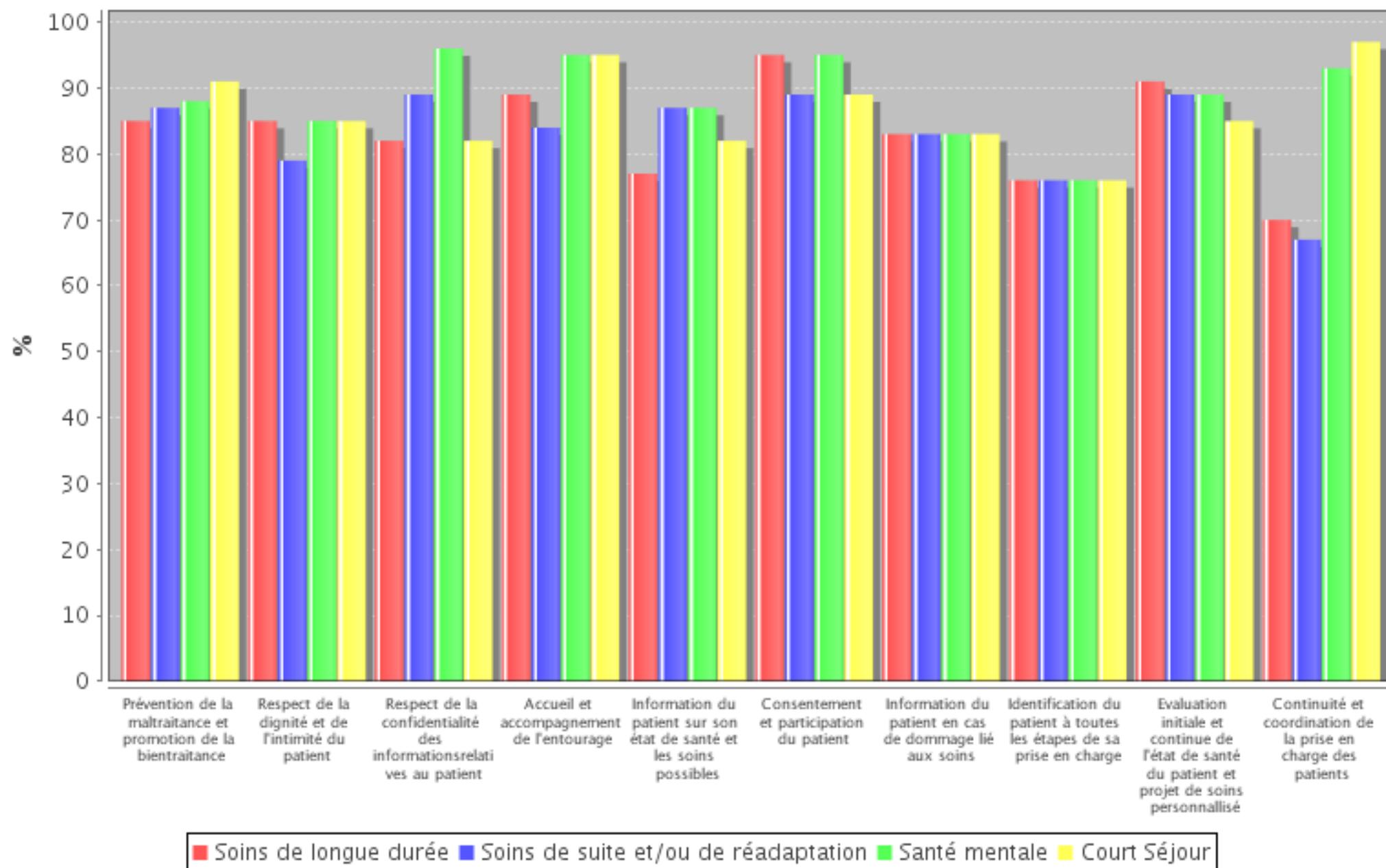


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires



3. Regard patient



4.SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
2b (Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.) ; 2c (La participation des représentants des usagers à la politique d'amélioration des services rendus de l'établissement est organisée.).	Type 1	Oui	Une réflexion éthique concernant la prise en charge du patient est conduite au niveau des services, dans un cadre pluridisciplinaire. Le comité d'éthique installé en mars 2013 peut appuyer l'action des services. La participation des représentants des usagers à la politique d'amélioration des services s'effectue à travers leur participation à la CRU et au Comité de Gestion des Risques Infectieux.
5a (La direction et les responsables développent une politique de communication interne.) ; 5b (La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.).	Type 1	Oui	Le directeur qui assure la communication de l'établissement a mis en place une politique de communication interne très structurée reposant sur des supports variés (journal interne, réunions thématiques, journée de partage d'expériences..). Cette politique de communication s'appuie depuis peu sur la montée en charge du groupe HSTV qui propose, via un cabinet externe, une prestation d'aide à la gestion de crises. Cette politique de communication se déploie effectivement à l'égard du public et des correspondants externes. Une fois par an, l'établissement réunit ses correspondants externes.
6a (La direction et les instances définissent les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.).	Type 1	Oui	La direction et les instances ont défini une politique qualité et gestion des risques en 2010 qui a été réactualisée en 2013. Cette politique contient des axes et objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.
7a (L'établissement met en oeuvre un dispositif permettant la maîtrise des coûts.).	Type 1	Oui	L'établissement a mis en oeuvre un dispositif de maîtrise des coûts en améliorant son système d'information via la mise en place d'indicateurs et de tableau de bord de gestion. Un suivi mensuel des dépenses est mis en place.
8d (L'évaluation des personnels est	Type 1	En cours	Une procédure d'évaluation des personnels a été définie.

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
mise en oeuvre.).			Elle permet un échange annuel structuré d'une durée moyenne d'une heure entre le cadre et le salarié. Les entretiens concernant l'année 2012 ont commencé et doivent s'achever fin juin 2013.
11b (La gestion des risques est organisée et coordonnée.) ; 11c (Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.).	Type 1	En cours	La gestion des risques est organisée autour de la responsable qualité, la coordinatrice des risques liés et des référents risques désignés dans l'établissement. Un COVIRIS est en place pour assurer cette coordination des différents systèmes de recensement des événements indésirables et risques dans l'établissement. Des outils sont mis à disposition des professionnels pour faciliter la hiérarchisation et le traitement des risques et événements indésirables recensés. Les structures sont en place mais pas encore opérationnelles dans la plupart des secteurs.
15a (L'hygiène des locaux est assurée.) ; 15d (L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est assurée.).	Type 1	En cours	L'établissement a mis en place une procédure d'élimination des déchets dans le cadre de procédures validées par la commission de gestion de risques infectieux. Les locaux de stockage intermédiaires de stockage des DASRI sont en place et sécurisés. Le local central de stockage a été réaménagé et est nettoyé. Une EPP sur le circuit des déchets est en cours. Toutefois, l'étiquetage des sacs de DASRI n'est pas généralisé. Par ailleurs, la fermeture du local central de stockage de DASRI n'est pas assurée et son bionettoyage n'est pas tracé.
18b (Une identification fiable et unique du patient est assurée.).	Type 1	En cours	Une cellule d'identitovigilance est en place depuis novembre 2012 pour organiser et s'assurer de la bonne identification des patients. Des procédures et modes opératoires permettant d'assurer une identification fiable et unique du patient sont formalisés et mis à disposition des professionnels. L'ensemble du dispositif est en cours

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			de déploiement.
19a SLD (Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses conditions de séjour.).	Type 1	Oui	Un livret d'accueil et des supports d'information sont remis au patient ou à leur entourage. Les professionnels de santé assurent des informations claires, compréhensibles et adaptées aux patients du secteur SLD.
21c SSR (La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée.).	Type 1	Oui	La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée et formalisée dans une procédure. Un guide "Promotion de la bientraitance à l'Hôtel Dieu" a été élaboré par un groupe de travail composé de professionnels de tous les services de l'établissement. Un groupe de travail sur la bientraitance a des missions et objectifs définis. Le risque de maltraitance interne est intégré dans la cartographie des risques de l'établissement. L'établissement a acquis du matériel de manutention des patients. Des formations sont organisées sur cette thématique, ainsi que des conférences sur la promotion de la bientraitance. Deux cadres soignants pilotent une charte d'engagement auprès de MOBQUAL (mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles). Une formation assistante de soins en gérontologie est en cours pour plusieurs aides soignantes.
22a SLD (L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient et/ou de son entourage.).	Type 1	Oui	Les différents locaux (chambres, salles de bains, couloirs et salles de repas) et ascenseurs du secteur SLD sont adaptés et permettent un accès facile pour les patients handicapés et /ou leur entourage.
24a PSY (Le patient et, s'il y a lieu, son entourage, sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.).	Type 1	Oui	Tous les patients accueillis dans le service de psychiatrie sont demandeurs de soins. En amont de l'hospitalisation, la consultation de pré admission et l'entretien d'entrée contribuent à l'élaboration du projet thérapeutique. Des

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			rencontres avec les familles sont organisées à la demande. Pour des actes tels que les sismothérapies, des explications sont données au patient et à sa famille. Le patient donne son accord écrit.
25b MCO (Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.) ; 25b SLD (Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.).	Type 1	Oui	Les principales conduites addictives des personnes prises en charge sont identifiées. Les conduites addictives sont identifiées dans tous les secteurs par le médecin et les IDE lors de l'entretien d'accueil et au cours de l'hospitalisation. Un projet thérapeutique personnalisé permet une prise en charge adaptée. Des consultations spécialisées en alcoologie et tabacologie sont proposées. Elles font partie des prises en charge proposées sur le site par l'ANPAA (Association Nationale de Prévention d'Alcoologie et Addictologie). Toutes les consultations sont gratuites.
26a SSR (La prise en charge de la douleur est assurée.) ; 26a PSY (La prise en charge de la douleur est assurée.) ; 26a MCO (La prise en charge de la douleur est assurée.).	Type 1	Oui	La prise en charge de la douleur est assurée par : <ul style="list-style-type: none"> - installation du CLUD - rédaction et mise en œuvre de protocoles dans les services - utilisation d'outils d'évaluation, avec leur mode d'emploi - organisation de formations et sensibilisations. Plus particulièrement pour la SM, l'évaluation de la douleur morale et psychique est réalisée à l'entrée et réévaluée en fonction de l'état du patient avec traçabilité dans le dossier.
26b SLD (Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.).	Type 1	Oui	La douleur est évaluée régulièrement dans les services, avec différents supports permettant notamment d'évaluer la douleur chez les personnes non communicantes (ECPA). Il y a eu une formation sur la douleur de la personne âgée. Une procédure de prise en charge de la douleur est formalisée. Une évaluation de la douleur est réalisée à chaque changement de comportement de la personne

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			âgée. Les patients qui peuvent communiquer participent au staff sur leur projet de vie. Une enquête de satisfaction a été réalisée en 2010.
28b MCO (L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.) ; 28c SLD (L'information contenue dans le dossier du patient est accessible, en temps utile, aux professionnels en charge du patient.)	Type 1	Oui	L'établissement a mis en place un dossier le dossier patient unique informatisé dans l'ensemble des secteurs permettant l'actualisation et le partage des informations tout au long de sa prise en charge et après sa sortie. Chaque professionnel concerné par la prise en charge des soins du patient note les éléments concernant sa prise en charge. Un profil informatique selon le métier est attribué à chaque professionnel qui dispose d'un mot de passe personnel. L'accessibilité aux informations contenues dans le dossier se fait en temps réel.
29a SSR (La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.) ; 29a PSY (La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.) ; 29a MCO (La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.) ; 29a SLD (La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.)	Type 1	Oui	La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande, grâce à la prescription informatisée des examens. Une EPP "Évaluer l'utilisation du nouveau bon de demande d'analyses éditée à partir de la prescription informatique" a été menée en 2012, pour mettre en évidence et traiter les non conformités.

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
31a SSR (Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées.) ; 31a PSY (Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées.) ; 31a MCO (Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées.) ; 31a SLD (Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées.) ; 31c SSR (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.) ; 31c PSY (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.) ; 31c MCO (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.) ; 31c SLD (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.).	Type 1	Oui	Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées, grâce à l'informatisation complète du circuit du médicament sur l'ensemble des lits. Les prescriptions sont faites au regard du livret thérapeutique intégré dans le logiciel de prescription. L'administration est validée en temps réel par les IDE conformément à la prescription. Pour les quatre lits non informatisés de l'USC, les prescriptions sont faites sur un support unique de prescription et administration, sans retranscription.
32c PSY (Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.) ; 32c MCO (Les événements indésirables graves	Type 1	Oui	Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels sont déclarés sur des FSEI et recueillis par l'encadrement. Les FSEI suivent le circuit institué dans l'établissement et sont transmises aux personnes ressource pour analyse et identification d'actions d'amélioration. Ces événements font l'objet

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.).			d'une information en conseil de bloc. Des RMM sont régulièrement organisées. Les chirurgiens orthopédistes déclarent les événements indésirables graves auprès d'Orthorisq. Des actions d'amélioration ont été conduites à la suite de l'analyse des FSEI concernant par exemple le réajustement des procédures de comptage de textiles en salle d'opération.
36a SLD (Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient.).	Type 1	Oui	En SLD, des actions d'éducation thérapeutique sont développées pour des patients souvent non communicants : nutrition, prévention des chutes, manger-main, stimulation de la mémoire... Un guide sur "repas et maladie d'Alzheimer" a été rédigé à l'attention de l'entourage.
43b (Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.) ; 43c (La satisfaction des correspondants externes est évaluée et prise en compte.).	Type 1	Oui	L'établissement a analysé ses délais d'attente dans trois secteurs significatifs, les urgences, l'imagerie médicale et les consultations notamment dans le cadre d'EPP. Des actions d'amélioration ont été réalisées suite à ces analyses. Une enquête de satisfaction des correspondants externes a été effectuée en 2011. Elle a conduit à mettre en place des actions correctives telles le recrutement de praticiens dans des spécialités pour lesquelles les correspondants se montraient insatisfaits. Une enquête vient d'être réalisée sur ce même sujet en 2013 dont les résultats ne sont pas encore exploités.
44d (L'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.) ; 44e (Les objectifs déterminés dans les orientations stratégiques font l'objet d'un suivi, d'une évaluation et d'une	Type 1	En cours	Un suivi mensuel et annuel du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques permet l'évaluation du niveau d'avancement des actions. Les objectifs déterminés dans les orientations stratégiques font également l'objet d'un suivi mensuel, d'une évaluation annuelle et d'une communication interne aux instances et professionnels de santé. Les modalités d'

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
communication interne.).			évaluation régulière de l'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques sont en cours de mise en œuvre.
31b SSR (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.) ; 31b PSY (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.) ; 31b MCO (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.) ; 31b SLD (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.).	Type 2	Oui	Les conditions de dispensation des médicaments sont formalisées dans la procédure "Maîtrise du circuit du médicament au niveau de la prescription, dispensation et administration des médicaments". Les professionnels mettent en application les règles définies dans cette procédure. Au regard des dotations définies par le pharmacien, le cadre et le praticien, la dispensation des médicaments est assurée par le préparateur de façon hebdomadaire ou bihebdomadaire. A chaque réapprovisionnement, un contrôle qualitatif et quantitatif est opéré par le préparateur. Les péremptions sont suivies. Cette organisation permet un échange suivi entre la pharmacie et les services de soins. La pharmacienne valide toutes les prescriptions médicales avec les données physio pathologiques du patient sur l'ensemble des lits des quatre prises en charge entièrement informatisés (à l'exception des quatre lits d'USC). La déclaration des erreurs médicamenteuses est tracée sur la fiche de signalement d'évènement indésirable généraliste de l'établissement.

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.a Valeurs, missions et stratégie de l'établissement

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les orientations stratégiques sont élaborées, en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.	Oui	
La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées, en cohérence avec les orientations stratégiques.	Oui	

L'établissement met en place des partenariats, en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La mise en oeuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	Oui	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	En grande partie	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.

Non

Il n'a pas été effectué de diagnostic de développement durable.

Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.

Non

Il n'existe pas de volet développement durable dans le projet stratégique 2011-2015 de l'établissement. Le bilan des émissions de gaz à effets de serre n'a pas été réalisé.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La stratégie, liée au développement durable, est déclinée dans un programme pluriannuel.

Non

L'absence de diagnostic développement durable n'a pas permis d'élaborer un programme d'actions pluriannuel.

Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.

En grande partie

L'établissement mène des actions de sensibilisation auprès des personnels sur la maîtrise des consommations de fluides notamment sur l'électricité, la réduction de l'émission des DASRI. Des affichettes spécifiques sont réalisées sur ces thèmes.

L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Non	L'établissement n'a pas communiqué d'objectifs de développement durable aux acteurs locaux concernés.
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Non	En l'absence de programme, aucun suivi n'est réalisé.

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels ont accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.

En grande partie

Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.

En grande partie

Les questions éthiques, se posant au sein de l'établissement, sont traitées.

Partiellement

Le comité d'éthique a été créé et installé en mars 2013. Il ne dispose pas de règlement intérieur et n'est pas encore opérationnel pour traiter et apporter des réponses aux questionnements éthiques du personnel. Les questions sont

	Partiellement	abordées de manière informelle au niveau des services notamment sur des thématiques de fin de vie, des soins palliatifs, de troubles du comportement...
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un état des lieux des questions éthiques, liées aux activités de l'établissement, est réalisé.	En grande partie	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la commission des relations avec les usagers, et de la qualité de la prise en charge (CRU).

Oui

Des formations sur les droits des patients, destinées aux professionnels, sont organisées.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Des actions d'évaluation et d'amélioration en matière de respect des droits des patients sont mises en oeuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CRU.	En grande partie	
--	------------------	--

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.e

Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est intégrée dans les orientations stratégiques.

Oui

L'instance délibérante statue au moins une fois par an sur cette politique.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est diffusée dans l'établissement.

Oui

Des objectifs et des indicateurs, validés par la direction, sont déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité.

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus et sur la base du rapport de la CRU.	En grande partie	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.f
Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Oui

La stratégie de développement des EPP est formalisée dans un document intitulé Politique d'EPP, en date du 5 Mars 2013. Il énonce les objectifs de cette stratégie. Les moyens mis en oeuvre sont ceux du Copil Qualité qui constitue la structure porteuse des EPP. Il définit un plan d'actions. La politique d'EPP est intégrée au plan qualité de l'établissement.

Une concertation, entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP, est en place.

En grande partie

Le dispositif de concertation entre les professionnels et les gestionnaires sur la stratégie d'EPP est constitué par le Copil qualité. Il permet de donner à certaines EPP un contenu et des retombées médico économique. Toutefois, cette concertation ne s'effectue pas à périodicité définie mais en fonction des opportunités.

Les missions et les responsabilités sont définies, afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.

Oui

La structure porteuse des EPP est constituée par le Copil qualité. Ses missions en matière d'EPP sont précisément définies et formalisées. L'organisation, le coordination, l'accompagnement et le suivi des démarches sont définis. Le tableau de suivi des EPP montre leur présence dans tous les secteurs d'activité.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	Un dispositif d'accompagnement pour la mise en œuvre des EPP est en place. La responsable qualité apporte aux professionnels l'aide méthodologique nécessaire. Ce dispositif est complété depuis 2012 par l'appui d'un cabinet extérieur.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	L'état d'avancement des EPP et l'impact des démarches sont suivis régulièrement par l'établissement. La coordination des démarches et leur suivi sont assurés par la responsable qualité. Le tableau de bord des EPP est présenté en CME et diffusé dans l'établissement avec les comptes rendus du Copil.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	En grande partie	La politique d'EPP est accessible à tous les professionnels sur un dossier informatique partagé. L'information des professionnels passe aussi par les réunions du Copil dont les comptes rendus sont diffusés. Les réunions de CME sont également utilisées pour informer l'ensemble de la communauté médicale. Une communication "plus grand public" n'est pas encore entièrement déployée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Le suivi des démarches d'EPP est régulièrement réalisé devant le Copil qualité et la CME à travers l'examen du tableau de bord des EPP. Ce suivi est tracé par les compte rendus de ces instances. Il comporte l'examen des EPP en cours et leurs résultats en termes d'amélioration des pratiques.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	En grande partie	La stratégie de développement des EPP est révisée en fonction de leurs impacts. Cette révision porte sur les objectifs, les actions réalisées, l'évolution institutionnelle liée à la montée en charge du rôle de la CME sur cette thématique et les moyens utilisés. Toutefois, cette révision de la stratégie ne s'effectue pas à périodicité définie mais en fonctions des besoins.

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.g Développement d'une culture qualité et sécurité

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en oeuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Oui

Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forums, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

La direction et le président de la CME suivent le développement de la culture qualité et sécurité dans l'établissement.	Oui	
---	-----	--

Référence 2: L'organisation et les modalités de pilotage interne

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activité sont définis.	Oui	
Les circuits de décision et de délégation sont définis.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont révisés à périodicité définie.	Oui	
--	-----	--

Référence 2: L'organisation et les modalités de pilotage interne

Critère 2.b Implication des usagers, de leurs représentants et des associations

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La représentation des usagers au sein de l'établissement est organisée.	Oui	
Une politique de coopération avec les acteurs associatifs est définie.	Partiellement	
Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU.	Oui	

L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.	Partiellement	
Les attentes des usagers sont prises en compte, lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activité ou d'établissement.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré.	En grande partie	

Référence 2: L'organisation et les modalités de pilotage interne

Critère 2.c Fonctionnement des instances

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie, et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leurs compétences.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.	Oui	
Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le fonctionnement des instances est évalué (bilan, programme d'actions, suivi des actions, etc.).	En grande partie	
---	------------------	--

Référence 2: L'organisation et les modalités de pilotage interne

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La concertation avec les partenaires sociaux est organisée.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions, favorisant l'implication et l'expression du personnel, sont mises en oeuvre au sein des secteurs d'activité.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dialogue social est évalué à périodicité définie.	Oui	

Référence 2: L'organisation et les modalités de pilotage interne

Critère 2.e
Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	Oui	
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs, des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances, réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	Oui	
Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, et rendus publics par l'établissement de santé.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	Oui	
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaison externe et interne).	Oui	

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.

Oui

Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.

Partiellement

Les compétences spécifiques pour les activités à risques ou innovantes sont identifiées.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des dispositions sont mises en oeuvre, afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.

Oui

L'évaluation périodique du personnel est mise en oeuvre.	Partiellement	
Un plan de formation est mis en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée, et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.	En grande partie	
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté, en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités, notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	Partiellement	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

Le CHSCT est obligatoire dans tous les établissements publics et privés d'au moins cinquante salariés. En dessous de cinquante salariés, les missions du CHSCT sont assurées par les délégués du personnel.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.	Oui	
Le document unique est établi.	Oui	
Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de prévention des risques sont mises en oeuvre, en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.	Oui	

Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme de prévention des risques et le document unique sont évalués à périodicité définie, sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'évènements indésirables.	En grande partie	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d
Qualité de vie au travail

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.

Oui

Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en oeuvre.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont évaluées.	En grande partie	
La satisfaction du personnel est évaluée.	En grande partie	

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et, s'il y a lieu, de recettes, selon une procédure formalisée.

Oui

Ces objectifs tiennent compte des engagements pris dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement conduit une analyse des coûts, dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Les objectifs prévisionnels de dépenses et de recettes sont suivis infra-annuellement, et donnent lieu, si nécessaire, à des décisions de réajustement.	Oui	
---	-----	--

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement fixe chaque année des objectifs d'amélioration de l'efficience de ses organisations.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement conduit des études ou des audits sur ses principaux processus de production.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les résultats des études ou des audits donnent lieu à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un schéma directeur du système d'information est défini, en cohérence avec les orientations stratégiques, et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.

Oui

Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.

En grande partie

Le système d'information aide les professionnels dans la majorité des secteurs d'activité. Le déploiement d'applicatifs est en cours dans le cadre de la communauté hospitalière de Cornouailles.

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Le système d'information est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	
--	-----	--

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.).

Partiellement

Les responsabilités sont définies. Des sauvegardes sont effectuées deux fois par jour. Toutefois, l'établissement ne dispose que d'une salle informatique hébergeant ses huit serveurs et dont l'accès n'est pas sécurisé. L'établissement a envisagé un hébergement externe, écarté actuellement pour des raisons financières. Par ailleurs, la configuration du progiciel de dossier patient permet actuellement à un soignant d'un service d'accéder et éventuellement de modifier les données d'un patient d'un autre service. Un plan de "continuité de l'admission et de la prise en charge du patient en cas de panne informatique" a été validé et remis aux experts visiteurs au moment de la visite.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.

Non

Il n'existe pas de plan de reprise d'activité comme le confirme la valeur de l'indicateur Hôpital numérique associé validé au jour de la visite. L'établissement a priorisé en 2013-2014 l'élaboration de ce document.

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	
--	-----	--

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif est connu des professionnels.

Oui

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.

Oui

Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.	En grande partie	
Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les situations identifiées font l'objet de dispositifs de sécurité adaptés (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	
--	---------------	--

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.b

Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.	Oui	
L'établissement dispose d'un programme de maintenance.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les opérations de maintenance curative et préventive assurées en interne et par des sociétés extérieures, sont tracées, et permettent un suivi des opérations.	Oui	
Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.	Partiellement	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Il existe une organisation permettant, dès l'admission du patient, de recueillir ses préférences alimentaires.	Oui	
Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les préférences des patients sont prises en compte.	En grande partie	
Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
<p>La satisfaction des consommateurs concernant la prestation restauration est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La satisfaction des consommateurs est évaluée à travers le questionnaire de satisfaction (30% de taux de réponses). Toutefois, les résultats de ce questionnaire ne sont pas partagés par l'ensemble des professionnels concernés par la restauration, la diététicienne notamment. Des actions d'amélioration sont mises en place. Le jeûne nocturne est supérieur à 12H.</p>

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le circuit du linge est défini.	Oui	
Les besoins par secteur sont quantifiés, et incluent les demandes en urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.	Oui	
Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	Oui	

Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La fonction transport des patients est organisée, y compris en cas de sous-traitance.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.	Oui	
Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La mesure de la satisfaction et les délais d'attente relatifs à la fonction transport (interne et externe) des patients sont évalués à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	
---	-----	--

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f

Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation	C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif, en associant les utilisateurs.	Partiellement	Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur un plan quantitatif. L'intégration des aspects qualitatifs n'est pas effective. La montée en charge de la fonction achat au niveau du groupe limite la marge de manœuvre de l'établissement dans ce domaine.
La politique d'achat et de relation avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat éco-responsable.	Partiellement	Les principes applicables à l'achat éco-responsable ne sont intégrés à la politique d'achat et de relations avec les fournisseurs que pour quelques produits.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	En grande partie	Les secteurs d'activité sont approvisionnés à périodicité définie et en période d'urgence. La procédure d'approvisionnement n'est pas formalisée.
L'établissement initie une démarche d'achat éco-responsable pour certains produits ou services.	Partiellement	La démarche d'achat éco-responsable n'est initiée que pour une part marginale de produits.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.	Partiellement	La politique d'achat ne bénéficie que d'un nombre limité d'outils de suivi et d'évaluation.

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



Ce critère est applicable uniquement à la prise en charge en HAD.

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement de santé détermine un processus permettant la mise à disposition des matériels médicaux adaptés aux besoins des patients.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
En cas de rupture d'un produit, des solutions de substitution sont prévues.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les modalités de transport des différents matériels et médicaments sont formalisées.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
En cas de prestation extérieure, une convention de collaboration est formalisée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Pour les équipements majeurs (susceptibles de mettre en danger la vie du patient en cas de dysfonctionnement), une maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est organisée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Pour les patients à haut risque vital, l'HAD s'assure de leur signalement à « Electricité Réseau Distribution France ».	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le matériel délivré est conforme à la commande et adapté à la prise en charge.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'approvisionnement en urgence du patient est assuré.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'établissement s'assure que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus, conformément à la réglementation.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents processus logistiques (internes ou externes) sont évalués, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est évaluée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

La satisfaction du patient relative aux fonctions logistiques à son domicile, est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La satisfaction des intervenants au domicile, en lien avec les fonctions logistiques, est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 7: La qualité et la sécurité de l'environnement

Critère 7.a Gestion de l'eau

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie, et validée par l'EOH ou le CLIN (ou équivalent).

Oui

La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance préventive et curative des installations, élaboré avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), est mis en oeuvre.

Oui

Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), et tracés.

Oui

Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré.	Partiellement	
Un suivi des différents types de rejet est assuré.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

Référence 7: La qualité et la sécurité de l'environnement

Critère 7.b Gestion de l'air

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une politique est définie en vue d'assurer la maîtrise du risque infectieux dans les zones à environnement maîtrisé.

En grande partie

L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales.

Non

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air, en concertation avec l'EOH ou la CME et le CHSCT, sont mis en oeuvre.

Oui

La traçabilité des différentes interventions est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

Référence 7: La qualité et la sécurité de l'environnement

Critère 7.c Gestion de l'énergie

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Non

Il n'a pas été réalisé de diagnostic énergétique.

Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.

Non

En l'absence de diagnostic, une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie n'a pas été définie.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.

Oui

Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.

Non

Un programme d'actions hiérarchisées reposant sur un diagnostic énergétique n'est pas mis en oeuvre.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi périodique est réalisé.	Oui	
Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.	Non	L'établissement n'a pas engagé de réflexions sur les sources d'énergie renouvelables.

Référence 7: La qualité et la sécurité de l'environnement

Critère 7.d Hygiène des locaux

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les actions à mettre en oeuvre, afin d'assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité, sont définies avec l'EOH ou la CME.	Oui	
En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations.	NA	//
Les responsabilités sont identifiées, et les missions sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	Oui	

Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH ou la CME.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

Référence 7: La qualité et la sécurité de l'environnement

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et d'effluents.

Oui

La politique en matière de déchets est définie, en concertation avec les instances concernées.

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Partiellement

Le circuit des déchets a été réorganisé. Cependant, les sacs de DASRI ne sont pas identifiés. Ainsi, l'étiquetage permettant de tracer leur provenance n'est pas généralisé dans la plupart des services (absent en médecine et en chirurgie notamment). De plus, le local de stockage

	Partiellement	centralisé des DASRI n'est pas fermé à clé et la traçabilité de son bionettoyage n'est pas réalisée.
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	En grande partie	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Partiellement	Les dysfonctionnements sont identifiés. En revanche, ils ne sont pas tous analysés et certains persistent comme l'absence d'identification des sacs DASRI ou la non-sécurisation du local DASRI.
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	En grande partie	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Oui	

PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.a
Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins



Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.	Oui	L'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 2012–2013 formalisé. Ce programme comprend des axes et actions d'amélioration, issus de la politique globale fixée pour l'établissement.
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	En grande partie	Le programme qualité et sécurité des soins unique prend en compte des actions sur la certification, la démarche de gestion des risques, la lutte contre les infections associées aux soins, la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, les dispositifs de vigilance. Toutefois, il ne prend pas en compte, dans ce document unique, les résultats de contrôles réglementaires et les événements indésirables récurrents (notamment les sept typologies d'événements récurrents identifiés dans le bilan 2012 de la gestion des événements indésirables). Ceux-ci se retrouvent dans des documents spécifiques.

Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	Oui	Les médecins orthopédistes sont engagés dans une démarche d'accréditation de leur spécialité. Cette démarche est intégrée dans le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme qualité et sécurité des soins a été validé par le comité de direction, la CME et le comité de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. Ce programme est présenté au comité de direction, à la CME et au comité de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre des suivis mensuels et annuels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	En grande partie	Les différents secteurs d'activité ne disposent pas de plans d'actions spécifiques, mais mettent en oeuvre les actions les concernant dans le programme global d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Chacune des actions planifiées comporte un niveau de priorité et une échéance ou délai de réalisation. Pour les actions concernant les secteurs d'activité, un responsable ou une instance est nominativement désigné(e) pour assurer le suivi. Néanmoins, certaines actions identifiées dans les secteurs d'activité et non répertoriées ne sont pas planifiées avec des échéances et responsables définis.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Le Comité de Pilotage de la Qualité et Gestion des Risques et la responsable qualité font un suivi mensuel de l'avancement global des actions planifiées au niveau de l'établissement. La direction des soins assure le suivi régulier de son plan d'actions et ce suivi fait l'objet d'un compte rendu adressé aux cadres de soins. Pour toute action non réalisée dans le délai défini, une révision du plan d'action est réalisée par le service qualité et le COPIL Qualité et Risques. Les plans d'actions du programme global d'amélioration de la qualité font l'objet d'un suivi à l'échelle de l'établissement afin de mutualiser les expériences et d'assurer un pilotage global par le COPIL Qualité et Risques et

	Oui	le service qualité.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Partiellement	L'atteinte des objectifs du programme est mesurée annuellement par le COPIL Qualité et Risques au niveau de l'établissement. Toutefois, il n'y a pas de mesure annuelle d'atteinte des objectifs du programme dans chaque secteur d'activité. Certaines actions disposent d'indicateurs nationaux, indicateurs régionaux ou indicateurs définis par la direction et la direction des soins. Néanmoins, l'évaluation de l'efficacité du programme qualité et sécurité est partielle.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Le Comité de Pilotage de la Qualité et Risques et le service qualité examinent une fois par mois l'atteinte des objectifs du programme en cours. Au regard des résultats de suivis mensuels du programme d'amélioration de la qualité et sécurité de soins, le Comité de Pilotage de la Qualité et Sécurité des Soins décide des ajustements à apporter au programme pour la période suivante et l'intègre comme donnée d'entrée pour la révision de la politique qualité et sécurité des soins de l'établissement.

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.b

Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une fonction de coordination de la gestion des risques, associés aux soins, est définie dans l'établissement.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles, autour de l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins sont évaluées.	Non	

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

**Critère 8.c
Obligations légales et réglementaires**

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.	Oui	
La direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser suite aux contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement met en oeuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires, en fonction du plan de priorisation.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La direction assure un suivi du traitement des non-conformités.	Oui	
---	-----	--

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.d
Evaluations des risques à priori

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	En grande partie	
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risques sont mises en place.	En grande partie	
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	En grande partie	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi de la mise en oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	En grande partie	
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Partiellement	Seuls les risques a priori du bloc opératoire disposent d'une évaluation de l'efficacité des actions mises en œuvre.

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.e
Gestion de crise

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les situations de crise sont identifiées.	En grande partie	
Une organisation destinée à faire face aux situations de crise, est mise en place, et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.	Oui	
Les plans d'urgence sont établis.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Une cellule de crise est opérationnelle.	Oui	

Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnelles.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'appropriation des procédures est évaluée, suite à la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.	Partiellement	
Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.	Non	

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation	C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des évènements indésirables.	Oui	L'établissement a mis en place une procédure et un support (papier et informatique) de signalement, traitement et analyse des évènements indésirables. Il dispose également d'une procédure de CREX / RMM non punitive pour les professionnels déclarants. Un coordonnateur des risques liés aux soins est nommé et un COVIRIS est en place pour assurer la coordination de la gestion des risques à l'échelle de l'établissement. Les notions de gravité et de fréquence probable de répétition sont définies dans le dispositif de signalement. Le support de signalement d'évènement indésirable est disponible à l'ensemble du personnel de l'établissement. Les différents systèmes de recueil d'évènements indésirables sont coordonnés par le COVIRIS et le service qualité et gestion des risques.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	En grande partie	Les personnels soignants sont sensibilisés par la responsable qualité et les cadres de services à l'utilisation des supports de signalement des évènements indésirables. Toutefois, il n'y a pas de formation, ni sensibilisation (avec

	En grande partie	des objectifs et besoins identifiés) pour les médecins sur l'utilisation de ces supports.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	En grande partie	L'établissement a identifié le RAQ, la Directrice des soins, la pharmacienne, le biologiste, les membres de l'équipe RMM et les cadres de santé comme professionnels concernés par le processus de hiérarchisation et analyse des causes d'événements indésirables. La Responsable Qualité, la Directrice des soins, la pharmacienne, le biologiste, les membres des équipes RMM et les cadres de santé sont formés aux méthodes d'analyse et hiérarchisation. Néanmoins, les membres du CHSCT, les responsables services/ unité de soins, les membres de la cellule d'identitovigilance et les vigilants sollicités pour l'analyse des causes des événements indésirables ne sont pas formés aux mêmes méthodes d'analyse utilisées dans la gestion des événements signalés.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.	Partiellement	Le processus de hiérarchisation établi a permis d'identifier les événements indésirables nécessitant une analyse des causes profondes. La structuration de l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est récente. Cette analyse est réalisée en associant les professionnels concernés. La Responsable Qualité, la directrice des soins, la coordonnatrice des risques et certains cadres sont formés aux méthodes d'analyse des causes profondes d'événements indésirables. Toutefois, l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves n'est pas réalisée de façon régulière et progressive à l'échelle de l'établissement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.	En grande partie	Dans le bilan de gestion des risques établi en 2012, des actions correctives sont identifiées sur les événements indésirables graves en cohérence avec les analyses de leurs causes. Un outil de hiérarchisation des événements

	En grande partie	indésirables et des actions est élaboré. Toutefois, le suivi des fiches de signalement montre qu'il n'y a pas de retour d'information sur la mise en œuvre des actions sur la majorité des fiches d'événements indésirables déclarés. Par ailleurs, l'établissement ne dispose pas de plan d'actions formalisé avec des référents et échéances définis au regard du bilan des actions en cours recensées en 2012.
Les causes profondes des évènements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	En grande partie	Le dispositif de gestion des événements indésirables de l'établissement a permis d'identifier en 2012 sept typologies d'événements indésirables récurrents (chutes avec blessures, chutes sans blessures, problème linge, fugue, agression, erreur d'identification, erreur médicament et décès inattendus). Des actions correctives, relatives à chacune des sept typologies d'évènements récurrents, sont identifiées. La mise en œuvre de ces action est en cours de planification à l'échelle de l'établissement.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Partiellement	Un Bilan des actions correctives sur les FSEI a été réalisé en 2012. La majorité des actions identifiées dans ce bilan sont en cours de mise en œuvre et non planifiées, ce qui ne permet pas de vérifier leur efficacité. Il n'existe pas de dispositif mis en place pour mesurer ou vérifier l'efficacité des actions correctives préconisées.

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



Cette grille est applicable dans les établissements disposant du score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales généralisé par le ministère de la Santé ou dans les établissements exclus du classement par ce même ministère pour absence de surveillance des infections du site opératoire.

Cotation	B	
Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score agrégé	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	B	

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



Cotation	B	
Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score ICATB	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	Partiellement	<p>Selon les résultats du dernier audit réalisé par le Comité des Anti-Infectieux (COMAI), la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure reste partielle dans le dossier du patient (environ 50% de dossiers contiennent la trace de cette ré-évaluation).</p>

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

**Critère 8.i
Vigilances et veille sanitaire**

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation, pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes, est en place.	En grande partie	
Une coordination, entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement, est organisée.	Oui	
Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales), nationales de vigilance et de veille sanitaire.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	En grande partie	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Partiellement	

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.j
Maîtrise du risque transfusionnel

Ce critère est applicable uniquement aux établissements ayant une activité transfusionnelle.

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est en place.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les procédures relatives à la maîtrise du processus transfusionnel, sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La pertinence d'utilisation des produits sanguins labiles est évaluée.	Partiellement	

La maîtrise du processus transfusionnel est évaluée, et donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	
--	------------------	--

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.k
Gestion des équipements biomédicaux

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.	Oui	
Une procédure (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence), permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique, est formalisée et opérationnelle.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre, sous la responsabilité d'un professionnel identifié.	Oui	
La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée, et les actions sont tracées.	Oui	

Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.	En grande partie	
Les patients et leurs familles sont informés de la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (alarme, etc.) des équipements biomédicaux installés au domicile.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La gestion des équipements biomédicaux est évaluée, et donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

Référence 9: La gestion des plaintes et l'évaluation de la satisfaction des usagers

Critère 9.a
Systeme de gestion des plaintes et des réclamations



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La gestion des plaintes et des réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).

Oui

Une CRU en place depuis 2008 est organisée via son règlement intérieur. Les responsabilités de ses membres sont définies. Le responsable de la gestion des plaintes est identifié. Une procédure de gestion des plaintes est formalisée. Les plaintes sont enregistrées dans un registre unique accessible. La composition de la CRU est conforme à la réglementation. Les modalités de saisine de la CRU sont affichées aux points d'accès de l'hôpital. Par ailleurs, le livret d'accueil qui vient d'être réactualisé réitère les informations utiles concernant la gestion des plaintes et la possibilité de recourir au médiateur.

Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.

Oui

Le dispositif permettant d'échanger des informations sur les plaintes vers le système de déclaration des événements indésirables est assuré par l'item "réclamation prévisible" qui figure sur la feuille de déclaration de EI et par l'adressage de toute FEI exprimant ou susceptible d'exprimer une plainte au directeur. La responsable assurance qualité qui fait partie de la CRU assure le maillage de la gestion des plaintes avec celle des risques.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	L'établissement a mis en place une procédure de gestion interne des plaintes. Les professionnels concernés sont sollicités pour fournir les éléments de réponse nécessaires. La réponse est élaborée par le directeur, président de la CRU. Les professionnels sont associés à la définition et la mise en œuvre des actions correctives.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	Une réponse écrite est adressée au plaignant. Elle lui précise l'action engagée par l'établissement et lui rappelle qu'il peut être reçu à sa demande par le directeur.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Partiellement	La transmission de l'ensemble des plaintes aux membres de la CRU est effective. L'exploitation quantitative des plaintes est réalisée. Toutefois, dans le cadre du rapport annuel de la CRU, l'exploitation qualitative des plaintes est partielle. Les plaintes ne sont pas clairement rattachées à une spécialité ou un service. La typologie des causes des plaintes n'est pas explicite. L'examen des délais de réponses aux plaintes est réalisé. L'analyse des plaintes et réclamations est faite au sein de la CRU. La CRU émet des recommandations sur la refonte du questionnaire de satisfaction. L'intégration des recommandations de la CRU au plan qualité de l'établissement est réalisée.

Référence 9: La gestion des plaintes et l'évaluation de la satisfaction des usagers

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.	Oui	
Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre au niveau des secteurs d'activité, et font l'objet d'un suivi.	En grande partie	
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est revue à partir des résultats de l'évaluation.	Partiellement	

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.a - Court Séjour
Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.	Oui	
Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.	Oui	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	Oui	

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
Des actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont mises en oeuvre.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont suivies et évaluées.	En grande partie	

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.a - Santé mentale Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.	Oui	
Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.	En grande partie	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	Oui	

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
Des actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont mises en oeuvre.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont suivies et évaluées.	En grande partie	

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.a - Soins de suite et/ou de réadaptation Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.	Oui	
Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.	Oui	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	Oui	

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
Des actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont mises en oeuvre.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont suivies et évaluées.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.a - Soins de longue durée Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.	Oui	
Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.	Oui	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	En grande partie	

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
Des actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont mises en oeuvre.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont suivies et évaluées.	En grande partie	

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.b - Court Séjour
Respect de la dignité et de l'intimité du patient**

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	
--	------------------	--

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.b - Santé mentale**
Respect de la dignité et de l'intimité du patient

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	
--	------------------	--

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.b - Soins de suite et/ou de réadaptation
Respect de la dignité et de l'intimité du patient**

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	
--	---------------	--

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.b - Soins de longue durée
Respect de la dignité et de l'intimité du patient**

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	
--	------------------	--

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.c - Court Séjour

Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les mesures, permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont identifiées.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	En grande partie	
Les modalités de partage des informations, relatives au patient, permettent le respect de la confidentialité.	Oui	
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	En grande partie	
Des actions d'amélioration, en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont menées.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.c - Santé mentale

Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les mesures, permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont identifiées.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
Les modalités de partage des informations, relatives au patient, permettent le respect de la confidentialité.	Oui	
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	En grande partie	
Des actions d'amélioration, en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont menées.	Oui	

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.c - Soins de suite et/ou de réadaptation
Respect de la confidentialité des informations relatives au patient**

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les mesures, permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont identifiées.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
Les modalités de partage des informations, relatives au patient, permettent le respect de la confidentialité.	Oui	
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	En grande partie	
Des actions d'amélioration, en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont menées.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.c - Soins de longue durée Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les mesures, permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont identifiées.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	En grande partie	
Les modalités de partage des informations, relatives au patient, permettent le respect de la confidentialité.	Oui	
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	En grande partie	
Des actions d'amélioration, en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont menées.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.d - Court Séjour Accueil et accompagnement de l'entourage

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.

Oui

Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.

Oui

L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien, dans les situations qui le nécessitent.

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	En grande partie	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.d - Santé mentale
Accueil et accompagnement de l'entourage****Cotation**

A

E1 Prévoir**Réponses aux EA****Constats**

Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.

Oui

Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.

NA

Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

E2 Mettre en oeuvre**Réponses aux EA****Constats**

L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.

Oui

L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien, dans les situations qui le nécessitent.

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	En grande partie	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.d - Soins de suite et/ou de réadaptation
Accueil et accompagnement de l'entourage**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	En grande partie	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	NA	//
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	Oui	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien, dans les situations qui le nécessitent.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	Partiellement	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.d - Soins de longue durée Accueil et accompagnement de l'entourage

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.

Oui

Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.

NA

//

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.

Oui

L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien, dans les situations qui le nécessitent.

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	Partiellement	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Court Séjour

Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	Oui	
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	En grande partie	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	En grande partie	
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Santé mentale

Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	Le projet de soins et le guide "promouvoir la bientraitance" traitent du respect des libertés individuelles.
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	En grande partie	La réflexion sur la préservation des libertés individuelles figure dans le guide "promouvoir la bientraitance" rédigé par un groupe de travail pluriprofessionnel. Le comité d'éthique a été mis en place au mois de mars 2013, après la rédaction du guide.
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Oui	Les situations nécessitant une restriction de liberté sont identifiées dans le livret d'accueil spécifique au secteur santé mentale (remis au patient et à sa famille), dans la procédure "prise en charge des patients et des résidents nécessitant une limitation de liberté de circulation". Les dangers de la contention et ses alternatives y sont traités. De plus, le projet thérapeutique individuel établi à l'admission du patient définit les éventuelles restriction de liberté.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles par : - le guide "promouvoir la bienveillance" et les réunions qui ont accompagné sa réalisation, - la formation sur les droits des patients, - la formation "contention sans tabou".
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	Une organisation pour le respect des libertés individuelles est définie dans la procédure "prise en charge des patients et des résidents nécessitant une limitation de liberté de circulation".
La réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	Oui	Le consentement du patient est recherché lors de l'entretien d'entrée. Il est intégré dans le projet de soins personnalisé, tracé dans le dossier du patient. La discussion au sein de l'équipe sur les restrictions de liberté a lieu lors des réunions quotidiennes de transmissions et/ou des mini staffs pluriprofessionnels tenus plusieurs fois par semaine. Le médecin référent du patient reçoit sa famille à la demande.
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Oui	Chaque restriction de liberté est prescrite dans le dossier du patient et réévaluée toutes les 48 heures. Il y a un document de prescription et surveillance du "confinement".
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	Partiellement	Un audit interne mensuel est réalisé sur le respect des bonnes pratiques de contention physique. Il a été mis en place au mois de mars 2013. La réflexion sur l'évaluation du respect des bonnes pratiques en matière de restriction des libertés est interne au service. Il n'y a pas encore de lien avec des instances.
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	Partiellement	Des actions d'amélioration sur la préservation des libertés individuelles et la gestion des restrictions de libertés ont été mises en place, telle la formation aux droits des patients. Les médecins de santé mentale n'y ont pas participé.

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Soins de suite et/ou de réadaptation

Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	Oui	
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	Oui	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	En grande partie	
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	En grande partie	

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Soins de longue durée

Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	Oui	
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	Oui	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	En grande partie	
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	En grande partie	

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11.a - Court Séjour

Information du patient sur son état de santé et les soins possibles

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation, relative à l'information donnée au patient, est définie.	Oui	
Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).	Oui	

L'accès à des ressources d'informations diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction du patient, quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11.a - Santé mentale

Information du patient sur son état de santé et les soins possibles

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation, relative à l'information donnée au patient, est définie.	Oui	
Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).	Oui	

L'accès à des ressources d'informations diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction du patient, quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11.a - Soins de suite et/ou de réadaptation Information du patient sur son état de santé et les soins possibles

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation, relative à l'information donnée au patient, est définie.	Oui	
Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).	Oui	

L'accès à des ressources d'informations diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction du patient, quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11.a - Soins de longue durée

Information du patient sur son état de santé et les soins possibles

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation, relative à l'information donnée au patient, est définie.	En grande partie	
Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).	Oui	

L'accès à des ressources d'informations diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction du patient, quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient**Critère 11.b - Court Séjour
Consentement et participation du patient**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins, est favorisée.	Oui	
Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins, sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	
---	---------------	--

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11.b - Santé mentale Consentement et participation du patient

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins, est favorisée.	Oui	
Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins, sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	
---	------------------	--

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient**Critère 11.b - Soins de suite et/ou de réadaptation
Consentement et participation du patient**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins, est favorisée.	Oui	
Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins, sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	
---	---------------	--

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11.b - Soins de longue durée Consentement et participation du patient

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins, est favorisée.	Oui	
Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins, sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	
---	------------------	--

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11.c - Court Séjour

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins, sont menées.	Oui	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Non	
--	-----	--

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11.c - Santé mentale

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins, sont menées.	Oui	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Non	
--	-----	--

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11.c - Soins de suite et/ou de réadaptation Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins, sont menées.	Oui	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Non	
--	-----	--

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11.c - Soins de longue durée Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins, sont menées.	Oui	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Non	
--	-----	--

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Court Séjour
Prise en charge de la douleur



Cotation		B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	Une stratégie de la prise en charge de la douleur est définie dans le projet de soins et dans la stratégie de prise en charge de la douleur récemment établie (18.03.2013). Ce document est signé par la Directrice des soins, le Président du CLUD et le Président de la CME. Il comporte la politique, les objectifs, l'identification des prises en charges (y compris non médicamenteuses) et la définition des moyens. La prise en charge de la douleur est également définie dans le guide "Promouvoir la bienveillance". La stratégie de prise en charge de la douleur tient compte des différents types de patients.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	En grande partie	Des protocoles de la prise en charge de la douleur, rédigés avec les professionnels et adaptés à la prise en charge, sont accessibles dans tous les services de soins. Les réévaluations sont faites au cas par cas, sans périodicité définie. Certains protocoles datent de 2003 et 2004.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations pour les différents types de prise en charge de la douleur sont organisées. Les supports informatiques de formation sont accessibles aux professionnels dans toutes les unités de soins. Des documents tels le "mémo douleur" sont à leur disposition.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Les explications et l'éducation du patient à la prise en charge de sa douleur sont surtout orales, soit au cours de l'hospitalisation par les IDE et les médecins, soit lors des consultations douleur. Les seuls documents d'information sur la douleur à la disposition des patients sont le livret sur la migraine et le document d'information générale sur la prise en charge de la douleur dans l'établissement.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "traçabilité de l'évaluation de la douleur" et de sa valeur 64% avec un intervalle de confiance à 95% [53%-74%] pour la campagne de recueil 2011. Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en oeuvre et figurent au PAQ lié au projet de soins. L'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des lits depuis la dernière évaluation IPAQSS se traduit par la présence effective de la traçabilité de l'évaluation et de la réévaluation de la douleur dans celui-ci.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Lorsque le patient est algique, les professionnels procèdent à la réévaluation de la douleur. Les ajustements du traitement et les réévaluations sont tracés dans le dossier informatisé du patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles d'évaluation de la douleur adaptées aux patients non communicants (Algoplus, ECPA) sont utilisées dans tous les secteurs d'activités.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Les staffs dans les unités de soins, des EPP et un audit sur l'évaluation de la douleur au service des urgences permettent aux responsables des unités de soins de s'assurer de l'appropriation et de l'utilisation des outils

	Oui	d'évaluation de la douleur par les professionnels.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Traçabilité de l'évaluation de la douleur". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : enquête de satisfaction des patients avec un item prise en charge de la douleur; audits internes.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en œuvre et figurent au PAQ lié au projet de soins. Toutefois, la réévaluation des protocoles ne figure pas dans les actions d'amélioration.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé participe à l'Inter CLUD. Un anesthésiste de l'établissement participe à la consultation douleur du CH de Quimper. Des professionnels de l'établissement participent à des forums régionaux ou nationaux sur la douleur.

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Santé mentale
Prise en charge de la douleur



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).

Oui

Une stratégie de la prise en charge de la douleur est définie dans le projet de soins et dans la stratégie de prise en charge de la douleur récemment établie (18.03.2013). Ce document est signé par la Directrice des soins, le Président du CLUD et le Président de la CME. Il comporte la politique, les objectifs, l'identification des prises en charges (y compris non médicamenteuses) et la définition des moyens. La prise en charge de la douleur est également définie dans le guide "Promouvoir la bienveillance". La stratégie de prise en charge de la douleur tient compte des différents types de patients.

Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.

En grande partie

Des protocoles de la prise en charge de la douleur, rédigés avec les professionnels et adaptés à la prise en charge, sont accessibles dans tous les services de soins. Les réévaluations sont faites au cas par cas, sans périodicité définie. Certains protocoles datent de 2003 et 2004.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations pour les différents types de prise en charge de la douleur sont organisées. Les supports informatiques de formation sont accessibles aux professionnels dans toutes les unités de soins. Des documents tels le "mémo douleur" sont à leur disposition.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Les explications et l'éducation du patient à la prise en charge de sa douleur sont surtout orales, soit au cours de l'hospitalisation par les IDE et les médecins, soit lors des consultations douleur, soit lors des entretiens médicaux avec le patient. L'éducation du patient à gérer sa douleur est aussi réalisée lors des ateliers relaxation, yoga, musicothérapie. Les seuls documents d'information sur la douleur à la disposition des patients sont le livret sur la migraine et le document d'information générale sur la prise en charge de la douleur dans l'établissement.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'évaluation de la douleur est réalisée au moyen de l'ENS (Échelle Numérique Simple) et tracée dans le dossier informatisé du patient. La traçabilité de sa réévaluation pour le patient algique est effective.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Lorsque le patient est algique, les professionnels procèdent à la réévaluation de la douleur. Les ajustements du traitement et les réévaluations sont tracés dans le dossier informatisé du patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles d'évaluation de la douleur adaptées aux patients non communicants (Algoplus, ECPA) sont utilisées dans tous les secteurs d'activités.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Les staffs de service et l'audit mensuel sur l'évaluation de la douleur en santé mentale permettent aux responsables des unités de soins de s'assurer de l'appropriation et de l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur par les professionnels.

<p>La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a mis en œuvre des modalités d'évaluation de la prise en charge de la douleur : enquête de satisfaction des patients avec un item prise en charge de la douleur; audits internes mensuels sur plusieurs items de la tenue du dossier du patient, dont la traçabilité de l'évaluation de la douleur.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en œuvre et figurent au PAQ lié au projet de soins. Toutefois, la réévaluation des protocoles ne figure pas dans les actions d'amélioration.</p>
<p>L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé participe à l'Inter CLUD. Un anesthésiste de l'établissement participe à la consultation douleur du CH de Quimper. Des professionnels de l'établissement participent à des forums régionaux ou nationaux sur la douleur.</p>

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Prise en charge de la douleur



Cotation		B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	Une stratégie de la prise en charge de la douleur est définie dans le projet de soins et dans la stratégie de prise en charge de la douleur récemment établie (18.03.2013). Ce document est signé par la Directrice des soins, le Président du CLUD et le Président de la CME. Il comporte la politique, les objectifs, l'identification des prises en charges (y compris non médicamenteuses) et la définition des moyens. La prise en charge de la douleur est également définie dans le guide "Promouvoir la bienveillance". La stratégie de prise en charge de la douleur tient compte des différents types de patients.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	En grande partie	Des protocoles de la prise en charge de la douleur, rédigés avec les professionnels et adaptés à la prise en charge, sont accessibles dans tous les services de soins. Les réévaluations sont faites au cas par cas, sans périodicité définie. Certains protocoles datent de 2003 et 2004.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations pour les différents types de prise en charge de la douleur sont organisées. Les supports informatiques de formation sont accessibles aux professionnels dans toutes les unités de soins. Des documents tels le "mémo douleur" sont à leur disposition.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Les explications et l'éducation du patient à la prise en charge de sa douleur sont surtout orales, soit au cours de l'hospitalisation par les IDE et les médecins, soit lors des consultations douleur. Les seuls documents d'information sur la douleur à la disposition des patients sont le livret sur la migraine et le document d'information générale sur la prise en charge de la douleur dans l'établissement.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "traçabilité de l'évaluation de la douleur" et de sa valeur 20% avec un intervalle de confiance à 95% [11%-29%] pour la campagne de recueil 2011. Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en oeuvre et figurent au PAQ lié au projet de soins. L'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des lits depuis la dernière évaluation IPAQSS se traduit par la présence effective de la traçabilité de l'évaluation et de la réévaluation de la douleur dans celui-ci.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Lorsque le patient est algique, les professionnels procèdent à la réévaluation de la douleur. Les ajustements du traitement et les réévaluations sont tracés dans le dossier informatisé du patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles d'évaluation de la douleur adaptées aux patients non communicants (Algoplus, ECPA) sont utilisées dans tous les secteurs d'activités.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Les staffs dans les unités de soins et un audit sur l'impact de l'informatisation du dossier du patient sur la traçabilité de la prise en charge de la douleur permettent aux responsables des unités de soins de s'assurer de l'appropriation et de

	Oui	l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur par les professionnels.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Traçabilité de l'évaluation de la douleur". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : enquête de satisfaction des patients avec un item prise en charge de la douleur; audits internes.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en œuvre et figurent au PAQ lié au projet de soins. Toutefois, la réévaluation des protocoles ne figure pas dans les actions d'amélioration.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé participe à l'Inter CLUD. Un anesthésiste de l'établissement participe à la consultation douleur du CH de Quimper. Des professionnels de l'établissement participent à des forums régionaux ou nationaux sur la douleur.

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Soins de longue durée
Prise en charge de la douleur



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).

Oui

Une stratégie de la prise en charge de la douleur est définie dans le projet de soins et dans la stratégie de prise en charge de la douleur récemment établie (18.03.2013). Ce document est signé par la Directrice des soins, le Président du CLUD et le Président de la CME. Il comporte la politique, les objectifs, l'identification des prises en charges (y compris non médicamenteuses) et la définition des moyens. La prise en charge de la douleur est également définie dans le guide "Promouvoir la bienveillance". La stratégie de prise en charge de la douleur tient compte des différents types de patients.

Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.

En grande partie

Des protocoles de la prise en charge de la douleur, rédigés avec les professionnels et adaptés à la prise en charge, sont accessibles dans tous les services de soins. Les réévaluations sont faites au cas par cas, sans périodicité définie. Certains protocoles datent de 2003 et 2004.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations pour les différents types de prise en charge de la douleur sont organisées. Les supports informatiques de formation sont accessibles aux professionnels dans toutes les unités de soins. Des documents tels le "mémo douleur" sont à leur disposition.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Les explications et l'éducation du patient à la prise en charge de sa douleur sont surtout orales, au cours de l'hospitalisation par les IDE et les médecins. La majorité des patients présente des troubles cognitifs. En cas de sortie ou de transfert du patient, des explications lui sont fournies sur le traitement antalgique ainsi qu'à son entourage. Les seuls documents d'information sur la douleur à la disposition des patients sont le livret sur la migraine et le document d'information générale sur la prise en charge de la douleur dans l'établissement.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'évaluation de la douleur est réalisée dans le dossier informatisé du patient. La traçabilité de sa réévaluation pour le patient algique est effective.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Lorsque le patient est algique, les professionnels procèdent à la réévaluation de la douleur. Les ajustements du traitement et les réévaluations sont tracés dans le dossier informatisé du patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles d'évaluation de la douleur adaptées aux patients non communicants (Algoplus, ECPA) sont utilisées dans tous les secteurs d'activités.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Les staffs dans les unités de soins et des EPP permettent aux responsables des unités de soins de s'assurer de l'appropriation et de l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur par les professionnels.

La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement a mis en œuvre des modalités d'évaluation de la prise en charge de la douleur : enquête de satisfaction des patients avec un item prise en charge de la douleur; EPP, audits internes.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en œuvre et figurent au PAQ lié au projet de soins. Toutefois, la réévaluation des protocoles ne figure pas dans les actions d'amélioration.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé participe à l'Inter CLUD. Un anesthésiste de l'établissement participe à la consultation douleur du CH de Quimper. Des professionnels de l'établissement participent à des forums régionaux ou nationaux sur la douleur.

Référence 13: La fin de vie

Critère 13.a - Court Séjour
Prise en charge et droits des patients en fin de vie



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation, permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie, est en place.

Oui

L'organisation pour la prise en charge des patients en fin de vie est décrite dans le projet de soins et dans le guide "Promouvoir la bientraitance". Il est possible de faire appel à l'EMSP du territoire et/ou au médecin du service SSR, titulaire d'un DU Soins Palliatifs. Il y a une fiche "1er contact" pour l'intervention de l'EMSP. Les besoins spécifiques du patient sont recensés dans la macro cible d'entrée du dossier du patient. Une convention est établie avec l'EMSP. Sa mission est définie ainsi que l'évaluation de son fonctionnement. Il y a aussi une convention avec le réseau "Betek Pen", dont la mission est de faciliter et coordonner les soins palliatifs au domicile des patients.

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées, sont définies.

Oui

Une fiche d'information, comportant un volet de recueil de la personne de confiance, de la volonté du patient et de l'existence de directives anticipées lui est remise lors de son admission. Le dossier informatisé du patient comporte une feuille "fin de vie" et une macro cible d'entrée qui permet de tracer l'existence de directives anticipées.

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	L'information des usagers sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements figure dans le livret d'accueil du patient ainsi que sur le document d'information sur la personne de confiance et les directives anticipées. Une journée d'information sur les droits des patients a été organisée.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Les équipes soignantes mettent en place une démarche personnalisée de projet de soins tracée dans le dossier du patient, dans la macro cible d'entrée et lors des staffs pluridisciplinaires hebdomadaires. La réévaluation peut être réalisée plus souvent si l'état du patient le nécessite. L'appel au psychologue de l'EMSP permet le soutien et l'accompagnement des proches et des professionnels. Des formations des professionnels sont réalisées.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Des sessions de formation destinées aux IDE et aides soignants(es) sont organisées à plusieurs reprises. Il y a aussi des séances de sensibilisation des professionnels réalisées par l'EMSP. Un médecin de l'établissement est titulaire d'un DU soins palliatifs.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des staffs pluriprofessionnels sont organisés dans les services concernés par un accompagnement de fin de vie. Lorsqu'elle est sollicitée, l'EMSP peut y participer. Ces réunions sont tracées dans le dossier du patient.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Lorsque cela est nécessaire, des actions de soutien des soignants sont organisées. Le psychologue de l'EMSP peut intervenir auprès de l'équipe en situation de crise. Des discussions sont aussi organisées avec l'équipe soignante concernée et le médecin. La charge psychique d'accompagnement de fin de vie figure dans le projet de soins.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Des colloques internes et des réunions d'information sur les droits des patients sont organisés pour les professionnels de l'établissement. Les professionnels rencontrés ont connaissance des dispositions de la loi du 22 avril 2005. Il y a des supports de communication.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	En grande partie	L'intervention de l'association de bénévoles AVDE (Accompagner la Vie Dans l'Épreuve, Accompagner la Vie dans sa Dernière Etape) est en cours de conventionnement avec l'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé. Une démarche de formalisation conjointe de la procédure pour l'intervention des bénévoles est réalisée et en cours de validation.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Partiellement	Le comité d'éthique a été mis en place en mars 2013. Il n'y a pas encore eu de réflexion, ni d'évaluation conduite avec cette structure. Il n'y a pas de dispositif d'évaluation structuré sur la prise en charge en fin de vie. Les évaluations des prises en charge des patients en fin de vie sont réalisées au coup par coup. Cela a permis aux professionnels de l'établissement d'identifier des actions d'amélioration (document d'information sur les droits de patients en fin de vie, comité d'éthique par exemple).
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	La réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements est réalisée lors de staffs pluriprofessionnels, avec l'aide possible de l'EMSP. Elle est tracée dans le dossier du patient.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées. Elles figurent au PAQ liés au projet de soins. Des pilotes sont identifiés, des échéances et mesures d'efficacité définies.

Référence 13: La fin de vie**Critère 13.a - Santé mentale****Prise en charge et droits des patients en fin de vie**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation, permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie, est en place.	NA	
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées, sont définies.	NA	
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	NA	

Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	NA	
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	NA	
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	NA	
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	NA	
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	NA	
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	NA	

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	
--	----	--

Référence 13: La fin de vie

**Critère 13.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Prise en charge et droits des patients en fin de vie**



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation, permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie, est en place.

Oui

L'organisation pour la prise en charge des patients en fin de vie est décrite dans le projet de soins et dans le guide "Promouvoir la bientraitance". Il est possible de faire appel à l'EMSP du territoire et/ou au médecin du service SSR, titulaire d'un DU Soins Palliatifs. Il y a une fiche "1er contact" pour l'intervention de l'EMSP. Les besoins spécifiques du patient sont recensés dans la macro cible d'entrée du dossier du patient. Une convention est établie avec l'EMSP. Sa mission est définie ainsi que l'évaluation de son fonctionnement. Il y a aussi une convention avec le réseau "Betek Pen", dont la mission est de faciliter et coordonner les soins palliatifs au domicile des patients.

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées, sont définies.

Oui

Une fiche d'information, comportant un volet de recueil de la personne de confiance, de la volonté du patient et de l'existence de directives anticipées lui est remise lors de son admission. Le dossier informatisé du patient comporte une feuille "fin de vie" et une macro cible d'entrée qui permet de tracer l'existence de directives anticipées.

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	L'information des usagers sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements figure dans le livret d'accueil du patient ainsi que sur le document d'information sur la personne de confiance et les directives anticipées. Une journée d'information sur les droits des patients a été organisée.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Les équipes soignantes mettent en place une démarche personnalisée de projet de soins tracée dans le dossier du patient, dans la macro cible d'entrée et lors des staffs pluridisciplinaires de quinzaine. La réévaluation peut être réalisée plus souvent si l'état du patient le nécessite. L'appel au psychologue de l'EMSP permet le soutien et l'accompagnement des proches et des professionnels. Un espace d'accueil des familles est aménagé dans le service SSR. Des formations des professionnels sont réalisées.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Des sessions de formation destinées aux IDE et aides soignants (es) sont organisées à plusieurs reprises. Il y a aussi des séances de sensibilisation des professionnels réalisées par l'EMSP. Le médecin du service SSR est titulaire d'un DU soins palliatifs.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des staffs pluriprofessionnels sont organisés dans les services concernés par un accompagnement de fin de vie. Lorsqu'elle est sollicitée, l'EMSP peut y participer. Ces réunions sont tracées dans le dossier du patient.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Lorsque cela est nécessaire, des actions de soutien des soignants sont organisées. Le psychologue de l'EMSP peut intervenir auprès de l'équipe en situation de crise. Des discussions sont aussi organisées avec l'équipe soignante concernée et le médecin. La charge psychique d'accompagnement de fin de vie figure dans le projet de soins.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Des colloques internes et des réunions d'information sur les droits des patients sont organisés pour les professionnels de l'établissement. Les professionnels rencontrés ont connaissance des dispositions de la loi du 22 avril 2005. Il y a des supports de communication.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	En grande partie	L'intervention de l'association de bénévoles AVDE (Accompagner la Vie Dans l'Epreuve, Accompagner la Vie dans sa Dernière Etape) est en cours de conventionnement avec l'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé. Une démarche de formalisation conjointe de la procédure pour l'intervention des bénévoles est réalisée et en cours de validation.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Partiellement	Le comité d'éthique a été mis en place en mars 2013. Il n'y a pas encore eu de réflexion, ni d'évaluation conduite avec cette structure. Il n'y a pas de dispositif d'évaluation structuré sur la prise en charge en fin de vie. Les évaluations des prises en charge des patients en fin de vie sont réalisées au coup par coup. Cela a permis aux professionnels de l'établissement d'identifier des actions d'amélioration (document d'information sur les droits de patients en fin de vie, comité d'éthique par exemple).
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	La réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements est réalisée lors de staffs pluriprofessionnels, avec l'aide possible de l'EMSP. Elle est tracée dans le dossier du patient.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées. Elles figurent au PAQ liés au projet de soins. Des pilotes sont identifiés, des échéances et mesures d'efficacité définies.

Référence 13: La fin de vie

Critère 13.a - Soins de longue durée
Prise en charge et droits des patients en fin de vie



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation, permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie, est en place.

Oui

L'organisation pour la prise en charge des patients en fin de vie est décrite dans le projet de soins et dans le guide "Promouvoir la bientraitance". Il est possible de faire appel à l'EMSP du territoire et/ou au médecin du service SSR, titulaire d'un DU Soins Palliatifs. Il y a une fiche "1er contact" pour l'intervention de l'EMSP. Les besoins spécifiques du patient sont recensés dans la macro cible d'entrée du dossier du patient. Une convention est établie avec l'EMSP. Sa mission est définie ainsi que l'évaluation de son fonctionnement. Il y a aussi une convention avec le réseau "Betek Pen", dont la mission est de faciliter et coordonner les soins palliatifs au domicile des patients.

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées, sont définies.

Oui

Une fiche d'information, comportant un volet de recueil de la personne de confiance, de la volonté du patient et de l'existence de directives anticipées lui est remise lors de son admission. Le dossier informatisé du patient comporte une feuille "fin de vie" et une macro cible d'entrée qui permet de tracer l'existence de directives anticipées.

<p>Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'information des usagers sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements figure dans le livret d'accueil du patient ainsi que sur le document d'information sur la personne de confiance et les directives anticipées. Une journée d'information sur les droits des patients a été organisée. Un livret d'accueil spécifique au secteur SLD, avec une information plus adaptée aux patients de cette prise en charge est en cours de finalisation.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les équipes soignantes mettent en place une démarche personnalisée de projet de soins (projet de vie en USLD et projet thérapeutique) tracée dans le dossier du patient, dans la macro cible d'entrée et lors des staffs pluridisciplinaires. La réévaluation peut être réalisée plus souvent si l'état du patient le nécessite. L'appel au psychologue de l'EMSP permet le soutien et l'accompagnement des proches et des professionnels. Des formations des professionnels sont réalisées.</p>
<p>Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des sessions de formation destinées aux IDE et aides soignants (es) sont organisées à plusieurs reprises. Il y a aussi des séances de sensibilisation des professionnels réalisées par l'EMSP. Le kinésithérapeute du service assiste régulièrement à la journée "coordination bretonne des soins palliatifs". Un médecin de l'établissement est titulaire d'un DU soins palliatifs.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des staffs pluriprofessionnels sont organisés tous les 15 jours dans les services USLD. Lorsqu'elle est sollicitée, l'EMSP peut y participer. Ces réunions sont tracées dans le dossier du patient.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Lorsque cela est nécessaire, des actions de soutien des soignants sont organisées. Le psychologue de l'EMSP peut intervenir auprès de l'équipe en situation de crise. Des discussions sont aussi organisées avec l'équipe soignante concernée et le médecin. La charge psychique</p>

	Oui	d'accompagnement de fin de vie figure dans le projet de soins.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Des colloques internes et des réunions d'information sur les droits des patients sont organisés pour les professionnels de l'établissement. Les professionnels rencontrés ont connaissance des dispositions de la loi du 22 avril 2005. Il y a des supports de communication.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	En grande partie	L'intervention de l'association de bénévoles AVDE (Accompagner la Vie Dans l'Épreuve, Accompagner la Vie dans sa Dernière Etape) est en cours de conventionnement avec l'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé. Une démarche de formalisation conjointe de la procédure pour l'intervention des bénévoles est réalisée et en cours de validation.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Partiellement	Le comité d'éthique a été mis en place en mars 2013. Il n'y a pas encore eu de réflexion, ni d'évaluation conduite avec cette structure. Il n'y a pas de dispositif d'évaluation structuré sur la prise en charge en fin de vie. Les évaluations des prises en charge des patients en fin de vie sont réalisées au coup par coup. Cela a permis aux professionnels de l'établissement d'identifier des actions d'amélioration (document d'information sur les droits de patients en fin de vie, comité d'éthique par exemple).
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	La réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements est réalisée lors de staffs pluriprofessionnels, avec l'aide possible de l'EMSP. Elle est réévaluée lors des transmissions. Elle est tracée dans le dossier du patient.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées. Elles figurent au PAQ liés au projet de soins. Des pilotes sont identifiés, des échéances et mesures d'efficacité définies.

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Court Séjour
Gestion du dossier du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Le dossier patient unique est informatisé dans l'ensemble des secteurs. Il est constitué également d'une partie papier. Les règles de tenue sont formalisées, pour la partie papier dans le "Guide d'utilisation et de gestion du dossier du patient" du 29 novembre 2010. Un avenant, non encore validé, sur l'informatisation du dossier a été rédigé le 15 mars 2013. L'information des professionnels sur les règles en place est faite par l'encadrement et les référents informatiques. Chaque service dispose d'un mode d'emploi du dossier informatique. Les professionnels ont accès à ces règles dans des classeurs dans les unités de soins.

Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.

Oui

Le Guide d'utilisation et de gestion du dossier du patient définit les règles d'accès au dossier par les professionnels. Chaque professionnel concerné par la prise en charge des soins du patient note les éléments concernant sa prise en charge dans le dossier informatisé. Un mot de passe et un profil utilisateur métier sont constitués. L'établissement a mis en œuvre un processus d'information des professionnels sur ces règles. Ces documents sont

	Oui	accessibles aux professionnels concernés (classeurs dans les unités de soins).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 79% avec un intervalle de confiance à 95% [76-83] pour la campagne 2011. Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en oeuvre et figurent au PAQ lié au projet de soins. L'informatisation du dossier patient sur l'ensemble des lits depuis la dernière évaluation IPAQSS et une EPP en 2011 sur « Évaluation de la tenue et du contenu du dossier patient ont conduit à une amélioration de la tenue du dossier patient.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	Le dossier informatisé est organisé et permet la communication des informations entre les professionnels de l'établissement, les correspondants externes (compte-rendus d'hospitalisation, courriers médicaux ...). Toutefois, les évaluations sur la tenue des dossiers patients ne retrouvent pas les courriers de fin d'hospitalisation ou les compte-rendus d'hospitalisation (la non conformité représente 35% des cas), la présence de compte-rendu opératoire (non conformité de 24% des cas) ou le renseignement du dossier anesthésique (non conformité dans 24% des dossiers) dans la totalité des dossiers évalués.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Il a mis en place d'autres modalités d'évaluation dont une EPP en 2011 sur « Évaluation de la tenue et du contenu du dossier patient » dans l'ensemble des secteurs de l'établissement, audits sur le suivi nutritionnel en 2011 et 2012. Il a par ailleurs, recueilli l'indicateur Hôpital Numérique associé.

Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les résultats et l'analyse de ces évaluations permettent de dégager des actions d'amélioration qui sont mises en œuvre et suivies par les responsables des audits (coordinatrice des soins, médecin et RAQ).
---	-----	--

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Santé mentale
Gestion du dossier du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Le dossier patient unique est informatisé dans l'ensemble des secteurs. Il est constitué également d'une partie papier. Les règles de tenue sont formalisées, pour la partie papier dans le "Guide d'utilisation et de gestion du dossier du patient" du 29 novembre 2010. Un avenant, non encore validé, sur l'informatisation du dossier a été rédigé le 15 mars 2013. L'information des professionnels sur les règles en place est faite par l'encadrement et les référents informatiques. Chaque service dispose d'un mode d'emploi du dossier informatique. Les professionnels ont accès à ces règles dans des classeurs dans les unités de soins.

Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.

Oui

Le Guide d'utilisation et de gestion du dossier du patient définit les règles d'accès au dossier par les professionnels. Chaque professionnel concerné par la prise en charge des soins du patient note les éléments concernant sa prise en charge dans le dossier informatisé. Un mot de passe et un profil utilisateur métier sont constitués. L'établissement a mis en œuvre un processus d'information des professionnels sur ces règles. Ces documents sont accessibles aux professionnels concernés (classeurs dans les

	Oui	unités de soins).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 80% avec un intervalle de confiance à 95% [78-82] pour la campagne 2011. Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en œuvre et figurent au PAQ lié au projet de soins. L'informatisation du dossier patient sur l'ensemble des lits depuis la dernière évaluation IPAQSS et une EPP en 2011 sur « Évaluation de la tenue et du contenu du dossier patient ont conduit à une amélioration de la tenue du dossier patient.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	Le dossier informatisé est organisé et permet la communication des informations entre les professionnels de l'établissement, les correspondants externes (compte-rendus d'hospitalisation, courriers médicaux ...). Toutefois, les évaluations sur la tenue des dossiers patients ne retrouvent pas les courriers de fin d'hospitalisation dans la totalité des dossiers évalués.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur «Tenue du dossier patient». Il a mis en place d'autres modalités d'évaluation dont une EPP en 2011 sur «Évaluation de la tenue et du contenu du dossier patient» dans l'ensemble des secteurs de l'établissement, audits sur le suivi nutritionnel en 2011 et 2012. Il a par ailleurs, recueilli l'indicateur Hôpital Numérique associé.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les résultats et l'analyse de ces évaluations permettent de dégager des actions d'amélioration qui sont mises en œuvre et suivies par les responsables des audits (coordinatrice des soins, médecin et RAQ).

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Gestion du dossier du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Le dossier patient unique est informatisé dans l'ensemble des secteurs. Il est constitué également d'une partie papier. Les règles de tenue sont formalisées, pour la partie papier dans le "Guide d'utilisation et de gestion du dossier du patient" du 29 novembre 2010. Un avenant, non encore validé, sur l'informatisation du dossier a été rédigé le 15 mars 2013. L'information des professionnels sur les règles en place est faite par l'encadrement et les référents informatiques. Chaque service dispose d'un mode d'emploi du dossier informatique. Les professionnels ont accès à ces règles dans des classeurs dans les unités de soins.

Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.

Oui

Le Guide d'utilisation et de gestion du dossier du patient définit les règles d'accès au dossier par les professionnels. Chaque professionnel concerné par la prise en charge des soins du patient note les éléments concernant sa prise en charge dans le dossier informatisé. Un mot de passe et un profil utilisateur métier sont constitués. L'établissement a mis en œuvre un processus d'information des professionnels sur ces règles. Ces documents sont accessibles aux professionnels concernés (classeurs dans les

	Oui	unités de soins).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 71% avec un intervalle de confiance à 95% [68-74] pour la campagne 2011. Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en œuvre et figurent au PAQ lié au projet de soins. L'informatisation du dossier patient sur l'ensemble des lits depuis la dernière évaluation IPAQSS et une EPP en 2011 sur « Évaluation de la tenue et du contenu du dossier patient » ont conduit à une amélioration de la tenue du dossier patient.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	Le dossier informatisé est organisé et permet la communication des informations entre les professionnels de l'établissement, les correspondants externes (compte-rendus d'hospitalisation, courriers médicaux ...). Toutefois, les évaluations sur la tenue des dossiers patients ne retrouvent pas les courriers de fin d'hospitalisation dans la totalité des dossiers évalués.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur «Tenue du dossier patient». Il a mis en place d'autres modalités d'évaluation dont une EPP en 2011 sur «Évaluation de la tenue et du contenu du dossier patient» dans l'ensemble des secteurs de l'établissement, audits sur le suivi nutritionnel en 2011 et 2012. Il a par ailleurs, recueilli l'indicateur Hôpital Numérique associé.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les résultats et l'analyse de ces évaluations permettent de dégager des actions d'amélioration qui sont mises en œuvre et suivies par les responsables des audits (coordinatrice des soins, médecin et RAQ).

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Soins de longue durée
Gestion du dossier du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Le dossier patient unique est informatisé dans l'ensemble des secteurs. Il est constitué également d'une partie papier. Les règles de tenue sont formalisées, pour la partie papier dans le "Guide d'utilisation et de gestion du dossier du patient" du 29 novembre 2010. Un avenant, non encore validé, sur l'informatisation du dossier a été rédigé le 15 mars 2013. L'information des professionnels sur les règles en place est faite par l'encadrement et les référents informatiques. Chaque service dispose d'un mode d'emploi du dossier informatique. Les professionnels ont accès à ces règles dans des classeurs dans les unités de soins.

Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.

Oui

Le Guide d'utilisation et de gestion du dossier du patient définit les règles d'accès au dossier par les professionnels. Chaque professionnel concerné par la prise en charge des soins du patient note les éléments concernant sa prise en charge dans le dossier informatisé. Un mot de passe et un profil utilisateur métier sont constitués. L'établissement a mis en œuvre un processus d'information des professionnels sur ces règles. Ces documents sont accessibles aux professionnels concernés (classeurs dans les

	Oui	unités de soins).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Les professionnels tracent en temps réel les informations administratives, diagnostiques et thérapeutiques dans le dossier patient informatisé.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Oui	Le dossier informatisé est organisé et permet la communication des informations entre les professionnels de l'établissement, les correspondants externes (compte-rendus d'hospitalisation, courriers médicaux ...). Des réunions pluriprofessionnelles sont organisées régulièrement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur «Tenue du dossier patient». Il a mis en place d'autres modalités d'évaluation dont une EPP en 2011 sur «Évaluation de la tenue et du contenu du dossier patient» dans l'ensemble des secteurs de l'établissement, audits sur le suivi nutritionnel en 2011 et 2012. Il a par ailleurs, recueilli l'indicateur Hôpital Numérique associé.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les résultats et l'analyse de ces évaluations permettent de dégager des actions d'amélioration (sensibilisation des professionnels à la traçabilité de la douleur, au dépistage de la dénutrition ...) qui sont mises en œuvre et suivies par les responsables des audits (coordinatrice des soins, médecin et RAQ).

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.b - Court Séjour
Accès du patient à son dossier



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'accès du patient à son dossier est formalisé dans une procédure ("Organisation pour le Droit d'accès direct du patient à son dossier médical") validé le 19 décembre 2002. Elle décrit les modalités standards d'accès au dossier. Des modalités spécifiques sont définies et concernent en particulier les mineurs et les ayants droits en cas de décès.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.

Oui

L'information du patient sur les droits d'accès à son dossier est retrouvée dans le livret d'accueil ainsi qu'au niveau de la charte du patient hospitalisé affichée dans les services.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.

En grande partie

Des indicateurs de suivi sont en place (nombre de demandes, durée entre la date de réception de la demande et la date de fin de la procédure, date d'envoi de la lettre type 1 et de la fiche de renseignements, date de retour de la fiche de renseignements, actions mises en place, suite donnée...). Il existe un registre de traçabilité des demandes de dossier patient au secrétariat de direction mis en place en 2002. Le respect des délais d'accès du patient à son dossier

	En grande partie	sous la responsabilité de la direction. Toutefois, les résultats des évaluations annuelles des délais de transmission du dossier patient montrent un délai de transmission du dossier patient dépassant les délais réglementaires. En 2010, 14% des dossiers étudiés dépassaient 15 jours, 16 % en 2011 et 20 % en 2012.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	Un registre de traçabilité des demandes de dossier patient est tenu au secrétariat de direction. Le suivi annuel des délais de transmission du dossier patient (nombre de jours compris entre la réception de la demande et la date de fin de la procédure) est en place depuis 2002. Depuis 2002, le suivi des délais de transmission montre leur amélioration croissante. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont organisés par la direction. Toutefois, les actions sont mises en place ne sont pas toujours en cohérence avec les objectifs de réduction des délais de transmission.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Un suivi des demandes de dossiers est réalisé tous les trimestres. La CRU a été informée du résultat des évaluations annuelles des délais de transmission du dossier patient selon la procédure en place.

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.b - Santé mentale
Accès du patient à son dossier



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'accès du patient à son dossier est formalisé dans une procédure ("Organisation pour le Droit d'accès direct du patient à son dossier médical") validé le 19 décembre 2002. Elle décrit les modalités standards d'accès au dossier. Des modalités spécifiques sont définies et concernent en particulier les mineurs et les ayants droits en cas de décès.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.

Oui

L'information du patient sur les droits d'accès à son dossier est retrouvée dans le livret d'accueil ainsi qu'au niveau de la charte du patient hospitalisé affichée dans les services.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.

En grande partie

Des indicateurs de suivi sont en place (nombre de demandes, durée entre la date de réception de la demande et la date de fin de la procédure, date d'envoi de la lettre type 1 et de la fiche de renseignements, date de retour de la fiche de renseignements, actions mises en place, suite donnée...). Il existe un registre de traçabilité des demandes de dossier patient au secrétariat de direction mis en place en 2002. Le respect des délais d'accès du patient à son dossier

	En grande partie	sous la responsabilité de la direction. Toutefois, les résultats des évaluations annuelles des délais de transmission du dossier patient montrent un délai de transmission du dossier patient dépassant les délais réglementaires. En 2010, 14% des dossiers étudiés dépassaient 15 jours, 16 % en 2011 et 20 % en 2012.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	Un registre de traçabilité des demandes de dossier patient est tenu au secrétariat de direction. Le suivi annuel des délais de transmission du dossier patient (nombre de jours compris entre la réception de la demande et la date de fin de la procédure) est en place depuis 2002. Depuis 2002, le suivi des délais de transmission montre leur amélioration croissante. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont organisés par la direction. Toutefois, les actions sont mises en place ne sont pas toujours en cohérence avec les objectifs de réduction des délais de transmission.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Un suivi des demandes de dossiers est réalisé tous les trimestres. La CRU a été informée du résultat des évaluations annuelles des délais de transmission du dossier patient selon la procédure en place.

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.b - Soins de suite et/ou de réadaptation
Accès du patient à son dossier



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'accès du patient à son dossier est formalisé dans une procédure ("Organisation pour le Droit d'accès direct du patient à son dossier médical") validé le 19 décembre 2002. Elle décrit les modalités standards d'accès au dossier. Des modalités spécifiques sont définies et concernent en particulier les mineurs et les ayant droits en cas de décès.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.

Oui

L'information du patient sur les droits d'accès à son dossier est retrouvée dans le livret d'accueil ainsi qu'au niveau de la charte du patient hospitalisé affichée dans les services.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.

En grande partie

Des indicateurs de suivi sont en place (nombre de demandes, durée entre la date de réception de la demande et la date de fin de la procédure, date d'envoi de la lettre type 1 et de la fiche de renseignements, date de retour de la fiche de renseignements, actions mises en place, suite donnée...). Il existe un registre de traçabilité des demandes de dossier patient au secrétariat de direction mis en place en 2002. Le respect des délais d'accès du patient à son dossier

	En grande partie	sous la responsabilité de la direction. Toutefois, les résultats des évaluations annuelles des délais de transmission du dossier patient montrent un délai de transmission du dossier patient dépassant les délais réglementaires. En 2010, 14% des dossiers étudiés dépassaient 15 jours, 16 % en 2011 et 20 % en 2012.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	Un registre de traçabilité des demandes de dossier patient est tenu au secrétariat de direction. Le suivi annuel des délais de transmission du dossier patient (nombre de jours compris entre la réception de la demande et la date de fin de la procédure) est en place depuis 2002. Depuis 2002, le suivi des délais de transmission montre leur amélioration croissante. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont organisés par la direction. Toutefois, les actions sont mises en place ne sont pas toujours en cohérence avec les objectifs de réduction des délais de transmission.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Un suivi des demandes de dossiers est réalisé tous les trimestres. La CRU a été informée du résultat des évaluations annuelles des délais de transmission du dossier patient selon la procédure en place.

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.b - Soins de longue durée
Accès du patient à son dossier



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'accès du patient à son dossier est formalisé dans une procédure ("Organisation pour le Droit d'accès direct du patient à son dossier médical") validé le 19 décembre 2002. Elle décrit les modalités standards d'accès au dossier. Des modalités spécifiques sont définies et concernent en particulier les mineurs et les ayant droits en cas de décès.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.

Oui

L'information du patient sur les droits d'accès à son dossier est retrouvée dans le livret d'accueil ainsi qu'au niveau de la charte du patient hospitalisé affichée dans les services.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.

En grande partie

Des indicateurs de suivi sont en place (nombre de demandes, durée entre la date de réception de la demande et la date de fin de la procédure, date d'envoi de la lettre type 1 et de la fiche de renseignements, date de retour de la fiche de renseignements, actions mises en place, suite donnée...). Il existe un registre de traçabilité des demandes de dossier patient au secrétariat de direction mis en place en 2002. Le respect des délais d'accès du patient à son dossier

	En grande partie	sous la responsabilité de la direction. Toutefois, les résultats des évaluations annuelles des délais de transmission du dossier patient montrent un délai de transmission du dossier patient dépassant les délais réglementaires. En 2010, 14% des dossiers étudiés dépassaient 15 jours, 16 % en 2011 et 20 % en 2012.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	Un registre de traçabilité des demandes de dossier patient est tenu au secrétariat de direction. Le suivi annuel des délais de transmission du dossier patient (nombre de jours compris entre la réception de la demande et la date de fin de la procédure) est en place depuis 2002. Depuis 2002, le suivi des délais de transmission montre leur amélioration croissante. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont organisés par la direction. Toutefois, les actions sont mises en place ne sont pas toujours en cohérence avec les objectifs de réduction des délais de transmission.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Un suivi des demandes de dossiers est réalisé tous les trimestres. La CRU a été informée du résultat des évaluations annuelles des délais de transmission du dossier patient selon la procédure en place.

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Court Séjour
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.

Oui

L'établissement a réalisé un état des lieux et une EPP sur l'organisation et fonctionnement de l'identitovigilance. Ces évaluations ont permis d'identifier les points critiques et de définir l'organisation et les moyens à mettre en œuvre pour fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Une cellule d'identitovigilance pluriprofessionnelle a été mise en place en décembre 2011. Cette cellule est active, se réunit de façon trimestrielle et a entre autre pour rôle d'assurer la veille des événements indésirables liés à l'identitovigilance sur l'ensemble de l'établissement. Le secteur a formalisé :

- les processus et circuits d'identification des patients,
- une charte d'identification des patients,
- une procédure de création de l'identité des patients accueillis ;
- 3 modes opératoires (vérification de l'identité, pose de bracelet d'identification, retrait du bracelet);
- une procédure de signalement et gestion des anomalies d'identification d'un patient;
- une procédure de gestion des doublons d'identités (11

	Oui	<p>avril 2013).</p> <p>L'informatisation du dossier patient permet de fiabiliser l'identification du patient tout au long de sa prise en charge. Le signalement des événements indésirables liés à l'identitovigilance est l'outil d'analyse des dysfonctionnements d'identification. Des systèmes d'identification sont mis en place pour les situations particulières, notamment l'identification provisoire. Le bracelet d'identification permet de garantir l'identité des patients non communicants ou confus et des patients du bloc opératoire.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	En grande partie	<p>Les personnels soignants sont sensibilisés à la surveillance et la prévention des erreurs liées à l'identité de patient. Les personnels infirmiers ont suivi en 2010 une formation à la bonne identification de patient dans le cadre de la sécurité transfusionnelle.</p> <p>L'ensemble des techniciens de laboratoire a participé à une formation d'identitovigilance organisée par l'EFS au dépôt du sang. Il existe un programme et des supports de formation sur la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. Toutefois, le personnel d'accueil administratif et les secrétaires n'ont pas bénéficié de ces formations.</p>
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	<p>Trois modes opératoires sont établis et mis en œuvre: vérification de l'identité, pose de bracelet d'identification et retrait du bracelet d'identification. Le personnel d'accueil administratif s'assure de la bonne identité des patients par la mise en œuvre de ces modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur justificatifs d'identité (carte identité, carte vitale et carte de mutuelle).</p>
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	<p>Le mode opératoire de vérification de l'identité établi avec les personnes concernées des secteurs cliniques et médico-administratifs est disponible, mis en œuvre et actualisé. Il est adapté à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés. Le personnel soignant s'assure de la bonne identité des patients par la mise en œuvre de ces</p>

	En grande partie	modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur les documents justificatifs d'identité ou les précisions données par le patient. L'identité du patient ou étiquette patient est précisée sur le support et chaque document constitutif du dossier patient. La vérification de l'identité est tracée essentiellement au bloc opératoire et dans le secteur d'endoscopie avec la check-list. Néanmoins, la procédure de gestion des doublons, datée du 11 avril 2013, n'est pas encore connue des professionnels et la traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier patient.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Partiellement	Le dispositif d'évaluation est en cours de structuration. Des fiches d'événements indésirables liés à l'identitovigilance sont analysées par la cellule d'identitovigilance, mais celle-ci ne dispose pas encore d'indicateurs de suivi. Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats de l'état des lieux et de l'audit réalisés sur l'organisation et la mise en œuvre de l'identitovigilance. Quelques actions ponctuelles sont menées pour garantir la bonne identité des patients au niveau de l'accueil et des services de soins. La coordination et le suivi de la mise en œuvre des actions identifiées sont assurés par la cellule d'identitovigilance. Néanmoins, du fait de la structuration récente de la cellule d'identitovigilance, l'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge n'est pas encore effective (programmée en juin 2013).

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Santé mentale

Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.

Oui

L'établissement a réalisé un état des lieux et une EPP sur l'organisation et fonctionnement de l'identitovigilance. Ces évaluations ont permis d'identifier les points critiques et de définir l'organisation et les moyens à mettre en œuvre pour fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Une cellule d'identitovigilance pluriprofessionnelle a été mise en place en décembre 2011. Cette cellule est active, se réunit de façon trimestrielle et a entre autre pour rôle d'assurer la veille des événements indésirables liés à l'identitovigilance sur l'ensemble de l'établissement. Le secteur a formalisé :

- les processus et circuits d'identification des patients,
- une charte d'identification des patients,
- une procédure de création de l'identité des patients accueillis ;
- 3 modes opératoires (vérification de l'identité, pose de bracelet d'identification, retrait du bracelet);
- une procédure de signalement et gestion des anomalies d'identification d'un patient;
- une procédure de gestion des doublons d'identités (11

	Oui	<p>avril 2013).</p> <p>L'informatisation du dossier patient permet de fiabiliser l'identification du patient tout au long de sa prise en charge. Le signalement des événements indésirables liés à l'identitovigilance est l'outil d'analyse des dysfonctionnements d'identification. Des systèmes d'identification sont mis en place pour les situations particulières, notamment l'identification provisoire. Le bracelet d'identification permet de garantir l'identité des patients non communicants, confus, ou avec troubles comportementaux.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	En grande partie	<p>Les personnels soignants sont sensibilisés à la surveillance et à la prévention des erreurs liées à l'identité de patient. Les personnels infirmiers ont suivi en 2010 une formation à la bonne identification de patient dans le cadre de la sécurité transfusionnelle.</p> <p>L'ensemble des techniciens de laboratoire a participé à une formation d'identitovigilance organisée par l'EFS au dépôt du sang. Il existe un programme et des supports de formation sur la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. Toutefois, le personnel d'accueil administratif et les secrétaires n'ont pas bénéficié de ces formations.</p>
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	<p>Trois modes opératoires sont établis et mis en œuvre: vérification de l'identité, pose de bracelet d'identification et retrait du bracelet d'identification. Le personnel d'accueil administratif s'assure de la bonne identité des patients par la mise en œuvre de ces modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur justificatifs d'identité (carte identité, carte vitale et carte de mutuelle).</p>
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	<p>Le mode opératoire de vérification de l'identité établi avec les personnes concernées des secteurs cliniques et médico-administratifs est disponible, mis en œuvre et actualisé. Il est adapté à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés. Le personnel soignant s'assure de la bonne identité des patients par la mise en œuvre de ces</p>

	En grande partie	<p>modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur les documents justificatifs d'identité ou les précisions données par le patient. L'identité du patient ou étiquette patient est précisée sur le support et chaque document constitutif du dossier patient.</p> <p>Néanmoins, la procédure de gestion des doublons, datée du 11 avril 2013, n'est pas connue des professionnels et la traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier patient.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	Partiellement	<p>Le dispositif d'évaluation est en cours de structuration. Des fiches d'événements indésirables liés à l'identitovigilance sont analysées par la cellule d'identitovigilance, mais celle-ci ne dispose pas encore d'indicateurs de suivi. Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats de l'état des lieux et de l'audit réalisés sur l'organisation et la mise en œuvre de l'identitovigilance. Quelques actions ponctuelles sont menées pour garantir la bonne identité des patients au niveau de l'accueil et des services de soins. La coordination et le suivi de la mise en œuvre des actions identifiées sont assurés par la cellule d'identitovigilance. Néanmoins, du fait de la structuration récente de la cellule d'identitovigilance, l'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge n'est pas encore effective (programmée en juin 2013).</p>

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.

Oui

L'établissement a réalisé un état des lieux et une EPP sur l'organisation et fonctionnement de l'identitovigilance. Ces évaluations ont permis d'identifier les points critiques et de définir l'organisation et les moyens à mettre en œuvre pour fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Une cellule d'identitovigilance pluriprofessionnelle a été mise en place en décembre 2011. Cette cellule est active, se réunit de façon trimestrielle et a entre autre pour rôle d'assurer la veille des événements indésirables liés à l'identitovigilance sur l'ensemble de l'établissement. Le secteur a formalisé :

- les processus et circuits d'identification des patients,
- une charte d'identification des patients,
- une procédure de création de l'identité des patients accueillis ;
- 3 modes opératoires (vérification de l'identité, pose de bracelet d'identification, retrait du bracelet);
- une procédure de signalement et gestion des anomalies d'identification d'un patient;
- une procédure de gestion des doublons d'identités (11

	Oui	<p>avril 2013).</p> <p>L'informatisation du dossier patient permet de fiabiliser l'identification du patient tout au long de sa prise en charge. Le signalement des événements indésirables liés à l'identitovigilance est l'outil d'analyse des dysfonctionnements d'identification. Des systèmes d'identification sont mis en place pour les situations particulières, notamment l'identification provisoire. Le bracelet d'identification permet de garantir l'identité des patients non communicants, confus, ou avec troubles comportementaux.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	En grande partie	<p>Les personnels soignants sont sensibilisés à la surveillance et à la prévention des erreurs liées à l'identité de patient. Les personnels infirmiers ont suivi en 2010 une formation à la bonne identification de patient dans le cadre de la sécurité transfusionnelle.</p> <p>L'ensemble des techniciens de laboratoire a participé à une formation d'identitovigilance organisée par l'EFS au dépôt du sang. Il existe un programme et des supports de formation sur la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. Toutefois, le personnel d'accueil administratif et les secrétaires n'ont pas bénéficié de ces formations.</p>
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	<p>Trois modes opératoires sont établis et mis en œuvre: vérification de l'identité, pose de bracelet d'identification et retrait du bracelet d'identification. Le personnel d'accueil administratif s'assure de la bonne identité des patients par la mise en œuvre de ces modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur justificatifs d'identité (carte identité, carte vitale et carte de mutuelle).</p>
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	<p>Le mode opératoire de vérification de l'identité établi avec les personnes concernées des secteurs cliniques et médico-administratifs est disponible, mis en œuvre et actualisé. Il est adapté à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés. Le personnel soignant s'assure de la bonne identité des patients par la mise en œuvre de ces</p>

	En grande partie	<p>modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur les documents justificatifs d'identité ou les précisions données par le patient. L'identité du patient ou étiquette patient est précisée sur le support et chaque document constitutif du dossier patient.</p> <p>Néanmoins, la procédure de gestion des doublons, datée du 11 avril 2013, n'est pas connue des professionnels et la traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier patient.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	Partiellement	<p>Le dispositif d'évaluation est en cours de structuration. Des fiches d'événements indésirables liés à l'identitovigilance sont analysées par la cellule d'identitovigilance, mais celle-ci ne dispose pas encore d'indicateurs de suivi. Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats de l'état des lieux et de l'audit réalisés sur l'organisation et la mise en œuvre de l'identitovigilance. Quelques actions ponctuelles sont menées pour garantir la bonne identité des patients au niveau de l'accueil et des services de soins. La coordination et le suivi de la mise en œuvre des actions identifiées sont assurés par la cellule d'identitovigilance. Néanmoins, du fait de la structuration récente de la cellule d'identitovigilance, l'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge n'est pas encore effective (programmée en juin 2013).</p>

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Soins de longue durée
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.

Oui

L'établissement a réalisé un état des lieux et une EPP sur l'organisation et fonctionnement de l'identitovigilance. Ces évaluations ont permis d'identifier les points critiques et de définir l'organisation et les moyens à mettre en œuvre pour fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Une cellule d'identitovigilance pluriprofessionnelle a été mise en place en décembre 2011. Cette cellule est active, se réunit de façon trimestrielle et a entre autre pour rôle d'assurer la veille des événements indésirables liés à l'identitovigilance sur l'ensemble de l'établissement. Le secteur a formalisé :

- les processus et circuits d'identification des patients,
- une charte d'identification des patients,
- une procédure de création de l'identité des patients accueillis ;
- 3 modes opératoires (vérification de l'identité, pose de bracelet d'identification, retrait du bracelet);
- une procédure de signalement et gestion des anomalies d'identification d'un patient;
- une procédure de gestion des doublons d'identités (11

	Oui	<p>avril 2013).</p> <p>L'informatisation du dossier patient permet de fiabiliser l'identification du patient tout au long de sa prise en charge. Le signalement des événements indésirables liés à l'identitovigilance est l'outil d'analyse des dysfonctionnements d'identification. Des systèmes d'identification sont mis en place pour les situations particulières, notamment l'identification provisoire. Le bracelet d'identification permet de garantir l'identité des patients non communicants, confus, ou avec troubles comportementaux.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	En grande partie	<p>Les personnels soignants sont sensibilisés à la surveillance et à la prévention des erreurs liées à l'identité de patient. Les personnels infirmiers ont suivi en 2010 une formation à la bonne identification de patient dans le cadre de la sécurité transfusionnelle.</p> <p>L'ensemble des techniciens de laboratoire a participé à une formation d'identitovigilance organisée par l'EFS au dépôt du sang. Il existe un programme et des supports de formation sur la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. Toutefois, le personnel d'accueil administratif et les secrétaires n'ont pas bénéficié de ces formations.</p>
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	<p>Trois modes opératoires sont établis et mis en œuvre: vérification de l'identité, pose de bracelet d'identification et retrait du bracelet d'identification. Le personnel d'accueil administratif s'assure de la bonne identité des patients par la mise en œuvre de ces modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur justificatifs d'identité (carte identité, carte vitale et carte de mutuelle).</p>
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	<p>Le mode opératoire de vérification de l'identité établi avec les personnes concernées des secteurs cliniques et médico-administratifs est disponible, mis en œuvre et actualisé. Il est adapté à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés. Le personnel soignant s'assure de la bonne identité des patients par la mise en œuvre de ces</p>

	En grande partie	<p>modes opératoires qui préconisent de s'appuyer sur les documents justificatifs d'identité ou les précisions données par le patient. L'identité du patient ou étiquette patient est précisée sur le support et chaque document constitutif du dossier patient.</p> <p>Néanmoins, la procédure de gestion des doublons, datée du 11 avril 2013, n'est pas connue des professionnels et la traçabilité de la vérification de l'identité lors de la fusion des doublons identifiés n'est pas assurée dans la gestion du dossier patient.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	Partiellement	<p>Le dispositif d'évaluation est en cours de structuration. Des fiches d'événements indésirables liés à l'identitovigilance sont analysées par la cellule d'identitovigilance, mais celle-ci ne dispose pas encore d'indicateurs de suivi. Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats de l'état des lieux et de l'audit réalisés sur l'organisation et la mise en œuvre de l'identitovigilance. Quelques actions ponctuelles sont menées pour garantir la bonne identité des patients au niveau de l'accueil et des services de soins. La coordination et le suivi de la mise en œuvre des actions identifiées sont assurés par la cellule d'identitovigilance. Néanmoins, du fait de la structuration récente de la cellule d'identitovigilance, l'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge n'est pas encore effective (programmée en juin 2013).</p>

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 16: l'accueil du patient**Critère 16.a - Court Séjour
Dispositif d'accueil du patient****Cotation**

B

E1 Prévoir**Réponses aux EA****Constats**

Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.

En grande partie

L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.

En grande partie

Des dispositions sont prises, afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.

Oui

E2 Mettre en oeuvre**Réponses aux EA****Constats**

Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.

Oui

Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	Oui	
Le délai prévisible de prise en charge est annoncé.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	En grande partie	

Référence 16: l'accueil du patient**Critère 16.a - Santé mentale
Dispositif d'accueil du patient****Cotation**

A

E1 Prévoir**Réponses aux EA****Constats**

Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.

Oui

L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.

Oui

Des dispositions sont prises, afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.

Oui

E2 Mettre en oeuvre**Réponses aux EA****Constats**

Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.

Oui

Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	Oui	
Le délai prévisible de prise en charge est annoncé.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	En grande partie	

Référence 16: l'accueil du patient

Critère 16.a - Soins de suite et/ou de réadaptation Dispositif d'accueil du patient

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	Oui	
Des dispositions sont prises, afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	Oui	
Le délai prévisible de prise en charge est annoncé.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	Partiellement	

Référence 16: l'accueil du patient

Critère 16.a - Soins de longue durée Dispositif d'accueil du patient

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	Oui	
Des dispositions sont prises, afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	En grande partie	

Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	Oui	
Le délai prévisible de prise en charge est annoncé.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	Non	

Référence 17: l'évaluation de l'état de santé du patient

Critère 17.a - Court Séjour

Evaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.	Partiellement	
Le projet de soins personnalisés est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	

Référence 17: l'évaluation de l'état de santé du patient

Critère 17.a - Santé mentale

Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.	En grande partie	
Le projet de soins personnalisés est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	

Référence 17: l'évaluation de l'état de santé du patient

Critère 17.a - Soins de suite et/ou de réadaptation

Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisés

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.	En grande partie	
Le projet de soins personnalisés est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	

Référence 17: l'évaluation de l'état de santé du patient

Critère 17.a - Soins de longue durée

Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.	Oui	
Le projet de soins personnalisés est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	

Référence 17: l'évaluation de l'état de santé du patient

Critère 17.b
Prise en charge somatique des patients



Ce critère est applicable uniquement à la prise en charge en santé mentale.

Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge somatique est formalisé.	Oui	La prise en charge somatique des patients est organisée. Les éléments du dossier du patient, fiche médicale d'entrée, fiche connaissance de la personne soignée et macro cible d'entrée permettent d'identifier les besoins somatiques du patient. L'organisation de l'établissement permet d'adresser le patient à des consultations de somaticiens internes à l'établissement. En cas de besoin, il est aussi fait appel au service des urgences de l'établissement. Ce projet de prise en charge figure dans le projet médical validé par la CME et qui préfigure le futur projet d'établissement.
Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.	Oui	Des demandes écrites, tracées dans le dossier du patient, permettent d'adresser le patient à des consultations de somaticiens internes à l'établissement. Une procédure formalise la demande d'avis spécialisé. Des conventions sont établies avec d'autres établissements hospitaliers de la région.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.	Oui	L'évaluation initiale du patient et son volet somatique sont tracés dans le dossier du patient. Ils figurent aussi dans la macro cible d'entrée. En santé mentale, il y a un dépistage systématique des troubles de la thyroïde, des troubles cardiaques et un bilan lipidique.
Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.	Oui	La présence de la santé mentale sur le même site que les autres prises en charge permet le suivi somatique du patient. L'examen somatique est réalisé en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. Si l'aspect somatique domine, le patient est alors transféré dans le service adapté du court séjour.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	Il n'y a pas d'évaluation globale de la prise en charge somatique des patients de santé mentale. Des actions d'amélioration sont ponctuellement identifiées: par exemple pour les patients présentant des infections urinaires, les patients avec des polyopathologies, un examen somatique d'entrée est demandé auprès d'un médecin somaticien.

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Court Séjour

Continuité et coordination de la prise en charge des patients

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis, afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	Oui	
Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs, sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des évènements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	En grande partie	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Santé mentale
Continuité et coordination de la prise en charge des patients



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis, afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	Oui	Il y a une procédure de gestion et mise à jour des listes de gardes et astreintes et une procédure de remplacement. Elles sont accessibles aux professionnels. Ces règles permettent d'assurer une permanence des soins 24h/24.
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	Oui	Une convention signée avec l'UMP (Unité Médico Psychologique) de l'hôpital de Quimper formalise les modalités de coordination entre les 2 établissements. Les règles d'admission des patients adressés par l'un des hôpitaux sont définies avec l'UMP et diffusées aux professionnels des 2 structures.
Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs, sont définies.	Oui	Lors de l'admission du patient, une fiche d'entrée comporte les antécédents du patient. Lorsque le patient vient de l'UMP, il y a transmission de son dossier. Lors de la sortie du patient, une fiche de liaison est remplie avec les rendez-vous à prévoir avec le psychiatre.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les secteurs d'activité collaborent pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	La collaboration entre services pour une prise en charge multidisciplinaire du patient est facilitée par l'intégration du service de psychiatrie au sein de l'établissement. La sollicitation de l'avis d'un autre praticien peut se faire soit directement, soit par fax pour une consultation. L'accès au plateau technique est organisé.
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	Lorsque l'état du patient le nécessite, il peut être fait recours à un avis compétent soit au sein de l'établissement, soit dans d'autres établissements du secteur, avec lesquels une convention est passée. Une procédure "demande d'avis spécialisé" définit la marche à suivre. Cette procédure est accessible aux professionnels.
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	Pour chaque patient, le référent est l'un des 2 médecins du service de psychiatrie. Son nom est identifié sur l'étiquette du patient, éditée lors de son admission. C'est, par exemple, le médecin référent du patient qui recevra éventuellement sa famille.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des évènements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	Partiellement	Il n'y a pas de dispositif structuré d'évaluation de la continuité et coordination de la prise en charge. Les professionnels du service de psychiatrie n'ont pas déclaré d'évènement indésirable sur ce thème. La cadre du service a identifié une action d'amélioration sur les documents liés à la sortie du patient qui figure au PAQ 2013-2014.

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Soins de suite et/ou de réadaptation Continuité et coordination de la prise en charge des patients

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis, afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	Partiellement	La nuit, une IDE et une AS sont présentes pour assurer la continuité des soins sur 2 étages de SSR (32 lits) et un étage d'EHPAD. Cette organisation, liée à des questions budgétaires, n'a donné lieu à aucun événement indésirable.
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	Oui	
Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs, sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Non	Avec la nouvelle organisation des personnels soignants (en 12 heures de travail) et la présence d'un seul médecin (qui intervient aussi dans le service SLD), il n'est pas désigné de professionnel référent pour la prise en charge du patient.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des évènements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	Partiellement	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Soins de longue durée Continuité et coordination de la prise en charge des patients

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis, afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	Partiellement	La nuit, une IDE et une AS sont présentes pour assurer la continuité des soins sur 2 étages d'USLD (34 lits) et un étage d'EHPAD. Cette organisation, liée à des questions budgétaires, n'a donné lieu à aucun événement indésirable.
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	Oui	
Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs, sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Non	Avec la nouvelle organisation des personnels soignants (en 12 heures de travail) et la présence d'un seul médecin (qui intervient aussi dans le service SSR), il n'est pas désigné de professionnel référent pour la prise en charge du patient.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des évènements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	En grande partie	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins**Critère 18.b - Court Séjour****Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Oui	
Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	Oui	

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins**Critère 18.b - Santé mentale****Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Oui	
Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	Oui	

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins**Critère 18.b - Soins de suite et/ou de réadaptation
Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Oui	
Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	Oui	

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.b - Soins de longue durée

Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Oui	
Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	Oui	

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	En grande partie	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Patients porteurs de maladie chronique Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	En grande partie		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	En grande partie		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	En grande partie	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Enfants et adolescents

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	NA	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	NA	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	NA	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes atteintes d'un handicap Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	En grande partie		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	En grande partie	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes démunies

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Partiellement		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	NA	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	NA	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	NA	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.b - Court Séjour Troubles de l'état nutritionnel



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients, ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique, sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Les éléments, permettant le dépistage des troubles nutritionnels, sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 84% avec un intervalle de confiance à 95% = [81 - 87] pour la campagne de recueil 2011.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur «Dépistage des troubles nutritionnels». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.b - Santé mentale Troubles de l'état nutritionnel



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients, ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique, sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Les éléments, permettant le dépistage des troubles nutritionnels, sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 80% avec un intervalle de confiance à 95% = [78 - 82] pour la campagne de recueil 2011. Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en oeuvre et figurent au PAQ lié au projet de soins. L'

	Oui	informatisation du dossier patient sur l'ensemble des lits depuis la dernière évaluation IPAQSS, une EPP et des audits sur le suivi nutritionnel en 2011 et 2012 ont montré que la traçabilité était présente.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur «Dépistage des troubles nutritionnels». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.b - Soins de suite et/ou de réadaptation Troubles de l'état nutritionnel



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients, ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique, sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Les éléments, permettant le dépistage des troubles nutritionnels, sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	En grande partie	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 71% avec un intervalle de confiance à 95% = [68 - 74] pour la campagne de recueil 2011. Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en oeuvre et figurent au PAQ lié au projet de soins. L'

	En grande partie	informatisation du dossier patient sur l'ensemble des lits depuis la dernière évaluation IPAQSS, une EPP et des audits sur le suivi nutritionnel en 2011 et 2012 ont montré que la traçabilité était présente.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur «Dépistage des troubles nutritionnels». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.b - Soins de longue durée Troubles de l'état nutritionnel



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les patients, ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique, sont identifiés.

Oui

L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.

En grande partie

Les éléments, permettant le dépistage des troubles nutritionnels, sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	Oui	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Santé mentale Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	Oui	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Soins de suite et/ou de réadaptation Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	Oui	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Soins de longue durée Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	En grande partie	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	Oui	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé habilités à accueillir des personnes hospitalisées sans leur consentement (hospitalisation à la demande d'un tiers [HDT], hospitalisation d'office [HO]).

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'information de toute personne hospitalisée sans consentement (HDT ou HO), sur les modalités de son hospitalisation et les possibilités de recours, est organisée.	NA	
Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Une sensibilisation et une formation des professionnels à ces modalités d'hospitalisation sont mises en place.	NA	
Des procédures d'hospitalisation sans consentement sont mises en oeuvre.	NA	

L'adhésion du patient à sa prise en charge est recherchée, tout au long de son hospitalisation.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	
La CRU est tenue informée de l'ensemble des dysfonctionnements survenus au cours de la totalité du processus d'hospitalisation sans consentement, jusqu'à la levée de la mesure et des visites de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).	NA	

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Court Séjour
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

En grande partie

La politique du circuit du médicament est formalisée depuis mai 2012. Elle se retrouve dans le Manuel Qualité de la prise en charge médicamenteuse. Elle a été validée par la direction et la CME. Les objectifs sont précisés : mise en œuvre des procédures du circuit du médicament (prescription, préparation, dispensation, administration), analyse de l'intégralité du traitement, amélioration de la communication sur les bonnes pratiques entre la CME et les praticiens et promotion de la déclaration des erreurs médicamenteuses. Cette politique prend en compte notamment Les actions du CBUM, les résultats de la certification, les risques liés au circuit du médicament et la formation des professionnels aux erreurs médicamenteuses....
 Cependant, les indicateurs de suivi des objectifs, la gestion et l'utilisation des médicaments à risques et les populations à risque ne sont pas mentionnés dans la politique.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.

Oui

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est défini. Il est intégré au schéma directeur du système d'information de l'établissement. Le déploiement est presque abouti.

<p>Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des outils d'aide à la prescription et à l'analyse pharmaceutique sont présents sur support papier et informatique : Vidal, livrets thérapeutiques, protocoles propres à l'établissement (antibioprophylaxie, antibiothérapie curative, antalgique, chimiothérapie...). Les règles de prescription sont présentes dans la procédure «Maîtrise du circuit du médicament : prescription, dispensation et administration» du manuel qualité de la pharmacie. Ils sont validés, actualisés et à disposition des professionnels. Cependant, la double vérification pour l'administration des médicaments à risques et des chimiothérapies n'est pas préconisée dans les documents d'aide à l'administration.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une formation "Management de la qualité et de la gestion des risques" et une formation à la prévention des erreurs liées à la prescription/administration du KCI ont bénéficié à une cinquantaine de médecins et soignants lors de six séances de septembre à décembre 2012. Des supports liés à ces formations ainsi que des feuilles d'émargements sont présents. Plusieurs actions de sensibilisation ont été conduites en 2011 et 2012 dans les unités de soins, notamment lors de la semaine de la sécurité du patient (survenue de l'erreur et comment éviter les erreurs), avec présentation par la pharmacienne. Des documents (Définition de l'erreur, différents types d'erreur, évitabilité de l'erreur) ont été joints aux bulletins de salaires de tous les IDE. Un rappel des règles d'administration (contextes réglementaires et pratiques actualisés) a été fait par les cadres de soins et la directrice des soins en décembre 2011. Des réunions pluridisciplinaires sont mises en place sous forme de CREx formalisés suite à la déclaration d'erreur médicamenteuse, pour identifier les causes et définir des actions correctives. Les armoires à pharmacie des unités de soins sont sous la responsabilité de préparateurs en pharmacie dédiés qui assurent leur remplissage et réajustent les dotations globales.</p>

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'ensemble des lits MCO bénéficie d'une informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète (prescription, dispensation et traçabilité de l'administration en temps réel sur portable) à l'exception des 4 lits d'USC, comme le confirme la valeur de l'indicateur Hôpital Numérique associé, au moment de la visite.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Les indicateurs du CBUM et IPAQSS sont suivis respectivement depuis 2006 et 2009 ainsi que ceux d'hôpital numérique. Des indicateurs de suivi dans le cadre du management de la qualité de la prise en charge du médicament sont mis en place : nombre d'intervention pharmaceutique lors de la validation, nombre d'erreur médicamenteuse, consommation quantitative globale des médicaments, des antibiotiques...
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses est la fiche d'événement indésirable généralisée à l'ensemble de l'établissement. L'organisation mise en place est formalisée sous forme de CREx. La pharmacienne, la RAQ, la gestionnaire des risques et/ou la directrice des soins en assurent la tenue selon une méthodologie à laquelle elles ont été formées. Le nombre de déclaration pour 2012 est de 16 qui ont donné lieu à la tenue de trois CREx et depuis 2013 de 2 pour l'ensemble des prises en charge.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Suite aux déclarations et à la tenue des CREx, des actions d'amélioration ont été conduites par exemple modification du rangement des chambres froides dans les unités, création d'alertes spécifiques sur le système d'information, rappel des conditions de délivrance des médicaments avec application de règles strictes.... La rétro information des professionnels est assurée ainsi que le suivi des actions mises en œuvre. De même, le plan d'amélioration propre à la sécurisation du circuit du médicament a donné lieu à des actions achevées et en cours.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Santé mentale
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

En grande partie

La politique du circuit du médicament est formalisée depuis mai 2012. Elle se retrouve dans le Manuel Qualité de la prise en charge médicamenteuse. Elle a été validée par la direction et la CME. Les objectifs sont précisés : mise en œuvre des procédures du circuit du médicament (prescription, préparation, dispensation, administration), analyse de l'intégralité du traitement, amélioration de la communication sur les bonnes pratiques entre la CME et les praticiens et promotion de la déclaration des erreurs médicamenteuses. Cette politique prend en compte notamment Les actions du CBUM, les résultats de la certification, les risques liés au circuit du médicament et la formation des professionnels aux erreurs médicamenteuses... Cependant, les indicateurs de suivi des objectifs, la gestion et l'utilisation des médicaments à risques et les populations à risque ne sont pas mentionnés dans la politique.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.

Oui

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est défini. Il est intégré au schéma directeur du système d'information de l'établissement. En SM, le déploiement sur les 20 lits est

	Oui	abouti.
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	Des outils d'aide à la prescription et à l'analyse pharmaceutique sont présents sur support papier et informatique : Vidal, livrets thérapeutiques, protocoles propres à l'établissement (antibioprophylaxie, antibiothérapie curative, antalgique, chimiothérapie...). Les règles de prescription sont présentes dans la procédure «Maîtrise du circuit du médicament : prescription, dispensation et administration» du manuel qualité de la pharmacie. Ils sont validés, actualisés et à disposition des professionnels. Cependant, la double vérification pour l'administration des médicaments à risques n'est pas préconisée dans les documents d'aide à l'administration.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Une formation "Management de la qualité et de la gestion des risques" et une formation à la prévention des erreurs liées à la prescription/administration du KCI ont bénéficié à une cinquantaine de médecins et soignants lors de six séances de septembre à décembre 2012. Des supports liés à ces formations ainsi que des feuilles d'émargements sont présents. Plusieurs actions de sensibilisation ont été conduites en 2011 et 2012 dans les unités de soins, notamment lors de la semaine de la sécurité du patient (survenue de l'erreur et comment éviter les erreurs), avec présentation par la pharmacienne. Des documents (Définition de l'erreur, différents types d'erreur, évitabilité de l'erreur) ont été joints aux bulletins de salaires de tous les IDE. Un rappel des règles d'administration (contextes réglementaires et pratiques actualisés) a été fait par les cadres de soins et la directrice des soins en décembre 2011. Des réunions pluridisciplinaires sont mises en place sous forme de CREx formalisés suite à la déclaration d'erreur médicamenteuse, pour identifier les causes et définir des

	Oui	actions correctives. Les armoires à pharmacie des unités de soins sont sous la responsabilité de préparateurs en pharmacie dédiés qui assurent leur remplissage et réajustent les dotations globales.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	En SM, les 20 lits bénéficient d'une informatisation complète (prescription, dispensation et traçabilité de l'administration en temps réel sur portable) comme le confirme la valeur de l'indicateur Hôpital Numérique associé, au moment de la visite.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Les indicateurs du CBUM et IPAQSS sont suivis respectivement depuis 2006 et 2009 ainsi que ceux d'hôpital numérique. Des indicateurs de suivi dans le cadre du management de la qualité de la prise en charge du médicament sont mis en place : nombre d'intervention pharmaceutique lors de la validation, nombre d'erreur médicamenteuse, consommation quantitative globale des médicaments, des antibiotiques...
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses est la fiche d'événement indésirable généralisée à l'ensemble de l'établissement. L'organisation mise en place est formalisée sous forme de CREx. La pharmacienne, la RAQ, la gestionnaire des risques et/ou la directrice des soins en assurent la tenue selon une méthodologie à laquelle elles ont été formées. Le nombre de déclaration pour 2012 est de 16 qui ont donné lieu à la tenue de trois CREx et depuis 2013 de 2 pour l'ensemble des prises en charge.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Suite aux déclarations et à la tenue des CREx, des actions d'amélioration ont été conduites par exemple modification du rangement des chambres froides dans les unités, création d'alertes spécifiques sur le système d'information, rappel des conditions de délivrance des médicaments avec application de règles strictes.... La rétro information des professionnels est assurée ainsi que le suivi des actions mises en œuvre. De même, le plan d'amélioration propre à la sécurisation du

Oui	circuit du médicament a donné lieu à des actions achevées et en cours.
-----	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

En grande partie

La politique du circuit du médicament est formalisée depuis mai 2012. Elle se retrouve dans le Manuel Qualité de la prise en charge médicamenteuse. Elle a été validée par la direction et la CME. Les objectifs sont précisés : mise en œuvre des procédures du circuit du médicament (prescription, préparation, dispensation, administration), analyse de l'intégralité du traitement, amélioration de la communication sur les bonnes pratiques entre la CME et les praticiens et promotion de la déclaration des erreurs médicamenteuses. Cette politique prend en compte notamment Les actions du CBUM, les résultats de la certification, les risques liés au circuit du médicament et la formation des professionnels aux erreurs médicamenteuses... Cependant, les indicateurs de suivi des objectifs, la gestion et l'utilisation des médicaments à risques et les populations à risque ne sont pas mentionnés dans la politique.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.

Oui

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est défini. Il est intégré au schéma directeur du système d'information de l'établissement. En SSR, le déploiement sur les 32 lits est

	Oui	abouti.
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	Des outils d'aide à la prescription et à l'analyse pharmaceutique sont présents sur support papier et informatique : Vidal, livrets thérapeutiques, protocoles propres à l'établissement (antibioprophylaxie, antibiothérapie curative, antalgique, chimiothérapie...). Les règles de prescription sont présentes dans la procédure «Maîtrise du circuit du médicament : prescription, dispensation et administration» du manuel qualité de la pharmacie. Ils sont validés, actualisés et à disposition des professionnels. Cependant, la double vérification pour l'administration des médicaments à risques n'est pas préconisée dans les documents d'aide à l'administration.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Une formation "Management de la qualité et de la gestion des risques" et une formation à la prévention des erreurs liées à la prescription/administration du KCI ont bénéficié à une cinquantaine de médecins et soignants lors de six séances de septembre à décembre 2012. Des supports liés à ces formations ainsi que des feuilles d'émargements sont présents. Plusieurs actions de sensibilisation ont été conduites en 2011 et 2012 dans les unités de soins, notamment lors de la semaine de la sécurité du patient (survenue de l'erreur et comment éviter les erreurs), avec présentation par la pharmacienne. Des documents (Définition de l'erreur, différents types d'erreur, évitabilité de l'erreur) ont été joints aux bulletins de salaires de tous les IDE. Un rappel des règles d'administration (contextes réglementaires et pratiques actualisés) a été fait par les cadres de soins et la directrice des soins en décembre 2011. Des réunions pluridisciplinaires sont mises en place sous forme de CREx formalisés suite à la déclaration d'erreur médicamenteuse, pour identifier les causes et définir des

	Oui	actions correctives. Les armoires à pharmacie des unités de soins sont sous la responsabilité de préparateurs en pharmacie dédiés qui assurent leur remplissage et réajustent les dotations globales.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	En SSR, les 32 lits bénéficient d'une informatisation complète (prescription, dispensation et traçabilité de l'administration en temps réel sur portable) comme le confirme la valeur de l'indicateur Hôpital Numérique associé, au moment de la visite.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Les indicateurs du CBUM et IPAQSS sont suivis respectivement depuis 2006 et 2009 ainsi que ceux d'hôpital numérique. Des indicateurs de suivi dans le cadre du management de la qualité de la prise en charge du médicament sont mis en place : nombre d'intervention pharmaceutique lors de la validation, nombre d'erreur médicamenteuse, consommation quantitative globale des médicaments, des antibiotiques...
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses est la fiche d'événement indésirable généralisée à l'ensemble de l'établissement. L'organisation mise en place est formalisée sous forme de CREx. La pharmacienne, la RAQ, la gestionnaire des risques et/ou la directrice des soins en assurent la tenue selon une méthodologie à laquelle elles ont été formées. Le nombre de déclaration pour 2012 est de 16 qui ont donné lieu à la tenue de trois CREx et depuis 2013 de 2 pour l'ensemble des prises en charge.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Suite aux déclarations et à la tenue des CREx, des actions d'amélioration ont été conduites par exemple modification du rangement des chambres froides dans les unités, création d'alertes spécifiques sur le système d'information, rappel des conditions de délivrance des médicaments avec application de règles strictes.... La rétro information des professionnels est assurée ainsi que le suivi des actions mises en œuvre. De même, le plan d'amélioration propre à la sécurisation du

Oui	circuit du médicament a donné lieu à des actions achevées et en cours.
-----	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Soins de longue durée
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

En grande partie

La politique du circuit du médicament est formalisée depuis mai 2012. Elle se retrouve dans le Manuel Qualité de la prise en charge médicamenteuse. Elle a été validée par la direction et la CME. Les objectifs sont précisés : mise en œuvre des procédures du circuit du médicament (prescription, préparation, dispensation, administration), analyse de l'intégralité du traitement, amélioration de la communication sur les bonnes pratiques entre la CME et les praticiens et promotion de la déclaration des erreurs médicamenteuses. Cette politique prend en compte notamment Les actions du CBUM, les résultats de la certification, les risques liés au circuit du médicament et la formation des professionnels aux erreurs médicamenteuses... Cependant, les indicateurs de suivi des objectifs, la gestion et l'utilisation des médicaments à risques et les populations à risque ne sont pas mentionnés dans la politique.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.

Oui

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est défini. Il est intégré au schéma directeur du système d'information de l'établissement. En SLD, le déploiement sur les 34 lits est

	Oui	abouti.
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	Des outils d'aide à la prescription et à l'analyse pharmaceutique sont présents sur support papier et informatique : Vidal, livrets thérapeutiques, protocoles propres à l'établissement (antibioprophylaxie, antibiothérapie curative, antalgique, chimiothérapie...). Les règles de prescription sont présentes dans la procédure «Maîtrise du circuit du médicament : prescription, dispensation et administration» du manuel qualité de la pharmacie. Ils sont validés, actualisés et à disposition des professionnels. Cependant, la double vérification pour l'administration des médicaments à risques n'est pas préconisée dans les documents d'aide à l'administration.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Une formation "Management de la qualité et de la gestion des risques" et une formation à la prévention des erreurs liées à la prescription/administration du KCI ont bénéficié à une cinquantaine de médecins et soignants lors de six séances de septembre à décembre 2012. Des supports liés à ces formations ainsi que des feuilles d'émargements sont présents. Plusieurs actions de sensibilisation ont été conduites en 2011 et 2012 dans les unités de soins, notamment lors de la semaine de la sécurité du patient (survenue de l'erreur et comment éviter les erreurs), avec présentation par la pharmacienne. Des documents (Définition de l'erreur, différents types d'erreur, évitabilité de l'erreur) ont été joints aux bulletins de salaires de tous les IDE. Un rappel des règles d'administration (contextes réglementaires et pratiques actualisés) a été fait par les cadres de soins et la directrice des soins en décembre 2011. Des réunions pluridisciplinaires sont mises en place sous forme de CREx formalisés suite à la déclaration d'erreur médicamenteuse, pour identifier les causes et définir des

	Oui	actions correctives. Les armoires à pharmacie des unités de soins sont sous la responsabilité de préparateurs en pharmacie dédiés qui assurent leur remplissage et réajustent les dotations globales.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	En SLD, les 34 lits bénéficient d'une informatisation complète (prescription, dispensation et traçabilité de l'administration en temps réel sur portable) comme le confirme la valeur de l'indicateur Hôpital Numérique associé, au moment de la visite.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Les indicateurs du CBUM et IPAQSS sont suivis respectivement depuis 2006 et 2009 ainsi que ceux d'hôpital numérique. Des indicateurs de suivi dans le cadre du management de la qualité de la prise en charge du médicament sont mis en place : nombre d'intervention pharmaceutique lors de la validation, nombre d'erreur médicamenteuse, consommation quantitative globale des médicaments, des antibiotiques...
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses est la fiche d'événement indésirable généralisée à l'ensemble de l'établissement. L'organisation mise en place est formalisée sous forme de CREx. La pharmacienne, la RAQ, la gestionnaire des risques et/ou la directrice des soins en assurent la tenue selon une méthodologie à laquelle elles ont été formées. Le nombre de déclaration pour 2012 est de 16 qui ont donné lieu à la tenue de trois CREx et depuis 2013 de 2 pour l'ensemble des prises en charge.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Suite aux déclarations et à la tenue des CREx, des actions d'amélioration ont été conduites par exemple modification du rangement des chambres froides dans les unités, création d'alertes spécifiques sur le système d'information, rappel des conditions de délivrance des médicaments avec application de règles strictes.... La rétro information des professionnels est assurée ainsi que le suivi des actions mises en œuvre. De même, le plan d'amélioration propre à la sécurisation du

Oui	circuit du médicament a donné lieu à des actions achevées et en cours.
-----	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Court Séjour
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation		B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	En grande partie	La procédure « Maîtrise du circuit du médicament : prescription, dispensation et administration des médicaments » est validée. Elle est à disposition des professionnels dans des classeurs spécifiques pharmacie au niveau des unités de soins. Les supports prescription administration sont uniques : informatisés dans la quasi-totalité des lits et papier pour les 4 lits d'USC. Toutefois, l'établissement n'a pas répertorié de manière spécifique les médicaments à risques. Les règles ne sont donc pas établies.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	L'information demandant au patient d'apporter son ordonnance médicamenteuse ainsi que les règles de gestion de son traitement personnel sont présentes dans le livret d'accueil. Le système d'information utilisé pour le circuit du médicament identifie les médicaments du traitement personnel des patients. Une procédure formalisant les pratiques existantes est en place pour la prise en compte du traitement personnel depuis le 22 mars 2013. Elle est appliquée dans les unités visitées. Les prescriptions de sortie reprennent le traitement personnel après sa

	Oui	réévaluation.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	Oui	L'analyse pharmaceutique sur l'ensemble du traitement est assurée avec un accès aux données physiopathologiques du patient. Les interventions pharmaceutiques auprès des prescripteurs sont tracées. L'acheminement des médicaments est sécurisé aussi bien pour la livraison des dotations globales que pour les besoins urgents. La chaîne du froid est respectée lors du transport et pour la conservation dans les unités des soins avec des réfrigérateurs dont la température est vérifiée. Les armoires de services sont remplies et rangées par des préparateurs identifiés qui assurent l'optimisation des stocks. L'identification du médicament est présente dans tous les conditionnements unitaires jusqu'à l'administration au patient. Les piluliers de patients sont préparés par les infirmières de nuit.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	La procédure «Maîtrise du circuit du médicament» validée, fixe les règles actualisées que doivent appliquer les professionnels. Elle est à disposition des professionnels dans les classeurs spécifiques pharmacie dans toutes les unités de soins. Depuis 2011, les préparatrices de la pharmacie ont en charge la gestion des pharmacies des postes de soins (approvisionnement, rangement, vérification des dates de péremption des médicaments et des dispositifs médicaux). Cependant, les médicaments à risque n'ont pas été identifiés et il n'y a pas de protocoles spécifiques pour leur administration.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	En grande partie	Compte-tenu de la valeur du critère «Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation» de l'indicateur «Tenue du dossier» et de sa valeur de 30% pour la campagne 2011. L'informatisation du

	En grande partie	dossier patient sur l'ensemble des lits depuis la dernière évaluation IPAQSS impose aux prescripteurs le respect des règles de prescription.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique sur l'ensemble du traitement est assurée avec accès aux données physiopathologique du patient. La délivrance nominative n'est engagée que pour les médicaments dérivés du sang, les molécules onéreuses hors T2A et les délivrances externes. La délivrance est globale pour le reste des lits. La délivrance nominative est dans le projet de la PUI de territoire.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Un programme d'éducation thérapeutique pluridisciplinaire (diététiciennes, médecins, préparateurs, pharmaciens, IDE), dans le service endocrinologie est engagé. Les professionnels ont été formés. Les professionnels de santé informent oralement les patients sur l'usage de certains médicaments en particulier des antalgiques et AVK. La traçabilité de l'information n'est pas assurée dans le dossier patient.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de administration est assurée en temps réel par le personnel habilité en utilisant les supports à disposition lors de l'administration du médicament. La non administration et ses causes sont également tracées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Des audits sont réalisés sur le circuit du médicament en rapport avec les objectifs du CBUM. En 2012, a été réalisé un audit sur la sécurisation du circuit avec l'outil Interdiag dans chacun des 8 secteurs d'hospitalisation. Son analyse a donné lieu à la définition de 41 actions d'amélioration, validées par la CME. L'audit des armoires à pharmacie de

	Oui	service est effectué en continu par les préparateurs dédiés.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Le plan d'action issu de l'audit sur la sécurisation du circuit du médicament a été mis en oeuvre et son état d'avancement est suivi trimestriellement. Les actions réalisées et finalisées à ce jour portent notamment sur le transport du médicament, l'entretien des armoires et réfrigérateur de service, l'entretien des piluliers, l'administration du médicament, des formations à l'attention des professionnels...

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Santé mentale
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	En grande partie	La procédure «Maîtrise du circuit du médicament : prescription, dispensation et administration des médicaments» est validée. Elle est à disposition des professionnels dans des classeurs spécifiques pharmacie au niveau des unités de soins. Les supports prescription administration sont uniques informatisés pour la totalité des lits. Toutefois, l'établissement n'a pas répertorié de manière spécifique les médicaments à risques. Les règles ne sont donc pas établies.	
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	L'information demandant au patient d'apporter son ordonnance médicamenteuse ainsi que les règles de gestion de son traitement personnel sont présentes dans le livret d'accueil. Le système d'information utilisé pour le circuit du médicament identifie les médicaments du traitement personnel des patients. Une procédure formalisant les pratiques existantes est en place pour la prise en compte du traitement personnel depuis le 22 mars 2013. Elle est appliquée dans les unités visitées. Les prescriptions de sortie reprennent le traitement personnel après sa réévaluation.	

<p>Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'analyse pharmaceutique sur l'ensemble du traitement est assurée avec un accès aux données physiopathologiques du patient. Les interventions pharmaceutiques auprès des prescripteurs sont tracées. L'acheminement des médicaments est sécurisé aussi bien pour la livraison des dotations globales que pour les besoins urgents. La chaîne du froid est respectée lors du transport et pour la conservation dans les unités des soins avec des réfrigérateurs dont la température est vérifiée. Les armoires de services sont remplies et rangées par des préparateurs identifiés qui assurent l'optimisation des stocks. L'identification du médicament est présente dans tous les conditionnements unitaires jusqu'à l'administration au patient. Les piluliers de patients sont préparés par les infirmières de nuit.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La procédure «Maîtrise du circuit du médicament» validée, fixe les règles actualisées que doivent appliquer les professionnels. Elle est à disposition des professionnels dans les classeurs spécifiques pharmacie dans toutes les unités de soins. Depuis 2011, les préparatrices de la pharmacie ont en charge la gestion des pharmacies des postes de soins (approvisionnement, rangement, vérification des dates de péremption des médicaments et des dispositifs médicaux). Cependant, les médicaments à risque n'ont pas été identifiés et il n'y a pas de protocoles spécifiques pour leur administration.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les règles de prescription sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Compte-tenu de la valeur du critère «Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation» de l'indicateur «tenue du dossier» et de sa valeur de 95% pour la campagne 2011.</p>
<p>Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'analyse pharmaceutique sur l'ensemble du traitement est assurée avec accès aux données physiopathologique du patient. La délivrance nominative n'est engagée que pour les médicaments dérivés du sang, les molécules onéreuses hors</p>

	En grande partie	T2A et les délivrances externes. La délivrance est globale pour le reste des lits. La délivrance nominative est dans le projet de la PUI de territoire.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	Les professionnels de santé informent oralement les patients sur l'usage de certains médicaments en particulier des antalgiques et AVK. La traçabilité de l'information n'est pas assurée dans le dossier patient.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel par le personnel habilité en utilisant les supports à disposition lors de l'administration du médicament. La non administration et ses causes sont également tracées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Des audits sont réalisés sur le circuit du médicament en rapport avec les objectifs du CBUM. En 2012, a été réalisé un audit sur la sécurisation du circuit avec l'outil Interdiag dans chacun des 8 secteurs d'hospitalisation. Son analyse a donné lieu à la définition de 41 actions d'amélioration, validées par la CME. L'audit des armoires à pharmacie de service est effectué en continu par les préparateurs dédiés.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Le plan d'action issu de l'audit sur la sécurisation du circuit du médicament a été mis en oeuvre et son état d'avancement est suivi trimestriellement. Les actions réalisées et finalisées à ce jour portent notamment sur le transport du médicament, l'entretien des armoires et réfrigérateur de service, l'entretien des piluliers, l'administration du médicament, des formations à l'attention des professionnels...

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Soins de suite et/ou de réadaptation
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

En grande partie

La procédure «Maîtrise du circuit du médicament : prescription, dispensation et administration des médicaments» est validée. Elle est à disposition des professionnels dans des classeurs spécifiques pharmacie au niveau des unités de soins. Les supports prescription administration sont uniques informatisés pour la totalité des lits. Toutefois, l'établissement n'a pas répertorié de manière spécifique les médicaments à risques. Les règles ne sont donc pas établies.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.

Oui

L'information demandant au patient d'apporter son ordonnance médicamenteuse ainsi que les règles de gestion de son traitement personnel sont présentes dans le livret d'accueil. Le système d'information utilisé pour le circuit du médicament identifie les médicaments du traitement personnel des patients. Une procédure formalisant les pratiques existantes est en place pour la prise en compte du traitement personnel depuis le 22 mars 2013. Elle est appliquée dans les unités visitées. Les prescriptions de sortie reprennent le traitement personnel après sa réévaluation.

<p>Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'analyse pharmaceutique sur l'ensemble du traitement est assurée avec un accès aux données physiopathologiques du patient. Les interventions pharmaceutiques auprès des prescripteurs sont tracées. L'acheminement des médicaments est sécurisé aussi bien pour la livraison des dotations globales que pour les besoins urgents. La chaîne du froid est respectée lors du transport et pour la conservation dans les unités des soins avec des réfrigérateurs dont la température est vérifiée. Les armoires de services sont remplies et rangées par des préparateurs identifiés qui assurent l'optimisation des stocks. L'identification du médicament est présente dans tous les conditionnements unitaires jusqu'à l'administration au patient. Les piluliers de patients sont préparés par les infirmières de nuit.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La procédure «Maîtrise du circuit du médicament» validée, fixe les règles actualisées que doivent appliquer les professionnels. Elle est à disposition des professionnels dans les classeurs spécifiques pharmacie dans toutes les unités de soins. Depuis 2011, les préparatrices de la pharmacie ont en charge la gestion des pharmacies des postes de soins (approvisionnement, rangement, vérification des dates de péremption des médicaments et des dispositifs médicaux). Cependant, les médicaments à risque n'ont pas été identifiés et il n'y a pas de protocoles spécifiques pour leur administration.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les règles de prescription sont mises en oeuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Compte-tenu de la valeur du critère «Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation» de l'indicateur «Tenue du dossier» et de sa valeur de 56% pour la campagne 2011. L'informatisation du dossier patient sur l'ensemble des lits depuis la dernière évaluation IPAQSS impose aux prescripteurs le respect des règles de prescription.</p>

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique sur l'ensemble du traitement est assurée avec accès aux données physiopathologique du patient. La délivrance nominative n'est engagée que pour les médicaments dérivés du sang, les molécules onéreuses hors T2A et les délivrances externes. La délivrance est globale pour le reste des lits. La délivrance nominative est dans le projet de la PUI de territoire.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	Les professionnels de santé informent oralement les patients sur l'usage de certains médicaments en particulier des antalgiques et AVK. La traçabilité de l'information n'est pas assurée dans le dossier patient.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de administration est assurée en temps réel par le personnel habilité en utilisant les supports à disposition lors de l'administration du médicament. La non administration et ses causes sont également tracées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Des audits sont réalisés sur le circuit du médicament en rapport avec les objectifs du CBUM. En 2012, a été réalisé un audit sur la sécurisation du circuit avec l'outil Interdiag dans chacun des 8 secteurs d'hospitalisation. Son analyse a donné lieu à la définition de 41 actions d'amélioration, validées par la CME. L'audit des armoires à pharmacie de service est effectué en continu par les préparateurs dédiés.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Le plan d'action issu de l'audit sur la sécurisation du circuit du médicament a été mis en oeuvre et son état d'avancement est suivi trimestriellement. Les actions réalisées et finalisées à ce jour portent notamment sur le transport du médicament, l'entretien des armoires et réfrigérateur de service, l'entretien des piluliers, l'administration du médicament, des formations à l'attention des

Oui	professionnels...
-----	-------------------

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Soins de longue durée
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

En grande partie

La procédure «Maîtrise du circuit du médicament : prescription, dispensation et administration des médicaments» est validée. Elle est à disposition des professionnels dans des classeurs spécifiques pharmacie au niveau des unités de soins. Les supports prescription administration sont uniques informatisés pour la totalité des lits. Toutefois, l'établissement n'a pas répertorié de manière spécifique les médicaments à risques. Les règles ne sont donc pas établies.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.

Oui

L'information demandant au patient d'apporter son ordonnance médicamenteuse ainsi que les règles de gestion de son traitement personnel sont présentes dans le livret d'accueil. Le système d'information utilisé pour le circuit du médicament identifie les médicaments du traitement personnel des patients. Une procédure formalisant les pratiques existantes est en place pour la prise en compte du traitement personnel depuis le 22 mars 2013. Elle est appliquée dans les unités visitées. Les prescriptions de sortie reprennent le traitement personnel après sa réévaluation.

<p>Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'analyse pharmaceutique sur l'ensemble du traitement est assurée avec un accès aux données physiopathologiques du patient. Les interventions pharmaceutiques auprès des prescripteurs sont tracées. L'acheminement des médicaments est sécurisé aussi bien pour la livraison des dotations globales que pour les besoins urgents. La chaîne du froid est respectée lors du transport et pour la conservation dans les unités des soins avec des réfrigérateurs dont la température est vérifiée. Les armoires de services sont remplies et rangées par des préparateurs identifiés qui assurent l'optimisation des stocks. L'identification du médicament est présente dans tous les conditionnements unitaires jusqu'à l'administration au patient. Les piluliers de patients sont préparés par les infirmières de nuit.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La procédure «Maîtrise du circuit du médicament» validée, fixe les règles actualisées que doivent appliquer les professionnels. Elle est à disposition des professionnels dans les classeurs spécifiques pharmacie dans toutes les unités de soins. Depuis 2011, les préparatrices de la pharmacie ont en charge la gestion des pharmacies des postes de soins (approvisionnement, rangement, vérification des dates de péremption des médicaments et des dispositifs médicaux). Cependant, les médicaments à risque n'ont pas été identifiés et il n'y a pas de protocoles spécifiques pour leur administration.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les règles de prescription sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'ensemble des lits de SLD bénéficie de l'informatisation du circuit du médicament. Les règles de prescription sont respectées pour l'ensemble des dossiers consultés.</p>
<p>Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'analyse pharmaceutique sur l'ensemble du traitement est assurée avec accès aux données physiopathologique du patient. La délivrance nominative n'est engagée que pour les médicaments dérivés du sang, les molécules onéreuses hors</p>

	En grande partie	T2A et les délivrances externes. La délivrance est globale pour le reste des lits. La délivrance nominative est dans le projet de la PUI de territoire.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	Les professionnels de santé informent oralement les patients sur l'usage de certains médicaments en particulier des antalgiques et AVK. La traçabilité de l'information n'est pas assurée dans le dossier patient.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel par le personnel habilité en utilisant les supports à disposition lors de l'administration du médicament. La non administration et ses causes sont également tracées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Des audits sont réalisés sur le circuit du médicament en rapport avec les objectifs du CBUM. En 2012, a été réalisé un audit sur la sécurisation du circuit avec l'outil Interdiag dans chacun des 8 secteurs d'hospitalisation. Son analyse a donné lieu à la définition de 41 actions d'amélioration, validées par la CME. L'audit des armoires à pharmacie de service est effectué en continu par les préparateurs dédiés.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Le plan d'action issu de l'audit sur la sécurisation du circuit du médicament a été mis en oeuvre et son état d'avancement est suivi trimestriellement. Les actions réalisées et finalisées à ce jour portent notamment sur le transport du médicament, l'entretien des armoires et réfrigérateur de service, l'entretien des piluliers, l'administration du médicament, des formations à l'attention des professionnels...

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.b - Court Séjour Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

Ce critère est applicable uniquement aux établissements prenant en charge des patients âgés de plus de 65 ans.

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Des données de référence, permettant une prescription conforme, sont mises à disposition des professionnels.	Oui		
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	En grande partie	

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.b - Santé mentale

Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

Ce critère est applicable uniquement aux établissements prenant en charge des patients âgés de plus de 65 ans.

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Des données de référence, permettant une prescription conforme, sont mises à disposition des professionnels.	Oui		
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	En grande partie	

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.b - Soins de suite et/ou de réadaptation Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

Ce critère est applicable uniquement aux établissements prenant en charge des patients âgés de plus de 65 ans.

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA		Constats
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA		Constats
Des données de référence, permettant une prescription conforme, sont mises à disposition des professionnels.	Oui		
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA		Constats

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	En grande partie	

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.b - Soins de longue durée Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

Ce critère est applicable uniquement aux établissements prenant en charge des patients âgés de plus de 65 ans.

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	Non	L'établissement n'a pas de politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des données de référence, permettant une prescription conforme, sont mises à disposition des professionnels.	Oui	
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	En grande partie	

Référence 21: La prise en charge des analyses de biologie médicale

Critère 21.a - Court Séjour

Prescription d'examens de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles, relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie, sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport, sont mis à disposition et connus des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière portée aux urgences et aux résultats critiques.	Partiellement	

Référence 21: La prise en charge des analyses de biologie médicale

Critère 21.a - Santé mentale

Prescription d'examens de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles, relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie, sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport, sont mis à disposition et connus des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière portée aux urgences et aux résultats critiques.	Partiellement	

Référence 21: La prise en charge des analyses de biologie médicale

Critère 21.a - Soins de suite et/ou de réadaptation

Prescription d'examens de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats.

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles, relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie, sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport, sont mis à disposition et connus des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière portée aux urgences et aux résultats critiques.	Partiellement	

Référence 21: La prise en charge des analyses de biologie médicale

Critère 21.a - Soins de longue durée

Prescription d'examens de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles, relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie, sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport, sont mis à disposition et connus des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière portée aux urgences et aux résultats critiques.	Partiellement	

Référence 21: La prise en charge des analyses de biologie médicale

Critère 21.b

Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

Ce critère n'est pas applicable aux établissements ne disposant pas de laboratoire de biologie.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le laboratoire de biologie médicale développe une politique institutionnelle de management de la qualité, en tenant compte de l'évolution de la réglementation qui conduit à l'accréditation.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La démarche qualité est mise en oeuvre, avec des échéances déterminées, compatibles avec le respect de la réglementation.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité du laboratoire de biologie médicale.	Oui	

Référence 22: La prise en charge des examens d'imagerie médicale

Critère 22.a - Court Séjour

Demande d'examen et transmission des résultats

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

Référence 22: La prise en charge des examens d'imagerie médicale

Critère 22.a - Santé mentale

Demande d'examen et transmission des résultats

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

Référence 22: La prise en charge des examens d'imagerie médicale

Critère 22.a - Soins de suite et/ou de réadaptation Demande d'examen et transmission des résultats

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

Référence 22: La prise en charge des examens d'imagerie médicale

Critère 22.a - Soins de longue durée Demande d'examen et transmission des résultats

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

Référence 22: La prise en charge des examens d'imagerie médicale

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

Ce critère n'est pas applicable aux établissements ne disposant pas de service d'imagerie.

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	
Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité en imagerie.	En grande partie		

Référence 23: l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage

Critère 23.a - Court Séjour Education thérapeutique du patient

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.	Oui	
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.	En grande partie	
Une coordination avec les professionnels extra-hospitaliers et les réseaux est organisée.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en oeuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en oeuvre de programme autorisé, il lui est demandé de	Oui	

proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche, en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.	Oui	
L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques, et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en oeuvre un programme d'ETP).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en oeuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 23: l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage**Critère 23.a - Santé mentale
Education thérapeutique du patient****Cotation**

B

E1 Prévoir**Réponses aux EA****Constats**

L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.

Oui

Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.

En grande partie

Une coordination avec les professionnels extra-hospitaliers et les réseaux est organisée.

Oui

E2 Mettre en oeuvre**Réponses aux EA****Constats**

Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en oeuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en oeuvre de programme autorisé, il lui est demandé de

Oui

proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche, en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.	Oui	
L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques, et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en oeuvre un programme d'ETP).	Non	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en oeuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 23: l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage**Critère 23.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Éducation thérapeutique du patient**

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.	Oui	
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.	En grande partie	
Une coordination avec les professionnels extra-hospitaliers et les réseaux est organisée.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en oeuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en oeuvre de programme autorisé, il lui est demandé de	Oui	

proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche, en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.	Oui	
L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques, et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en oeuvre un programme d'ETP).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en oeuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	Non	

Référence 23: l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage**Critère 23.a - Soins de longue durée
Éducation thérapeutique du patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.

Oui

Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.

En grande partie

Une coordination avec les professionnels extra-hospitaliers et les réseaux est organisée.

Oui

E2 Mettre en oeuvre**Réponses aux EA****Constats**

Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en oeuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en oeuvre de programme autorisé, il lui est demandé de

Oui

proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche, en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.	Oui	
L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques, et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en oeuvre un programme d'ETP).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en oeuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	Non	

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour
Sortie du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La sortie ou le transfert du patient sont organisés en fonction du type de prise en charge et de son état clinique.

Oui

Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.), lorsque la situation le nécessite.

Oui

Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval, dans les règles de confidentialité.

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur 65 avec un intervalle de confiance à 95 % =[55-75] pour la campagne de recueil 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval, est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il a mis en place d'autres modalités d'évaluation (EPP sur la prise en charge de personnes âgées de 75 ans et plus admises aux urgences de l'hôpital, enquête de satisfaction des médecins libéraux correspondants externes en 2011).
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Santé mentale
Sortie du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La sortie ou le transfert du patient sont organisés en fonction du type de prise en charge et de son état clinique.

Oui

Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.), lorsque la situation le nécessite.

Oui

Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval, dans les règles de confidentialité.

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur 68 avec un intervalle de confiance à 95 % =[57-78] pour la campagne de recueil 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval, est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il a mis en place d'autres modalités d'évaluation (EPP sur la prise en charge de personnes âgées de 75 ans et plus admises aux urgences de l'hôpital, enquête de satisfaction des médecins libéraux correspondants externes en 2011).
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Sortie du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La sortie ou le transfert du patient sont organisés en fonction du type de prise en charge et de son état clinique.

Oui

Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.), lorsque la situation le nécessite.

Oui

Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval, dans les règles de confidentialité.

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur 14 avec un intervalle de confiance à 95 % =[6-23] pour la campagne de recueil 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval, est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il a mis en place d'autres modalités d'évaluation (EPP sur la prise en charge de personnes âgées de 75 ans et plus admises aux urgences de l'hôpital, enquête de satisfaction des médecins libéraux correspondants externes en 2011).
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Soins de longue durée
Sortie du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La sortie ou le transfert du patient sont organisés en fonction du type de prise en charge et de son état clinique.

Oui

Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.), lorsque la situation le nécessite.

Oui

Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval, dans les règles de confidentialité.

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	En grande partie	Le secteur SLD a mis en place quelques modalités d'évaluation (EPP sur la prise en charge de personnes âgées de 75 ans et plus admises aux urgences de l'hôpital, enquête de satisfaction des médecins libéraux correspondants externes en 2011). Toutefois, la qualité de la transmission de l'ensemble des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval, n'est pas évaluée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval, est évaluée.	En grande partie	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

Référence 25: La prise en charge dans le service des urgences

Critère 25.a
Prise en charge des urgences et des soins non programmés



Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences.

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée, et connue des acteurs du territoire de santé.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'organisation des urgences est formalisée au niveau du Projet Régional de Santé de Bretagne 2012-2016 assurant le maillage territorial des structures d'urgence. Elle est intégrée au projet médical du plan d'adaptation 2014. L'établissement fait partie d'un GCS de moyens constitué dans le cadre de l'Union Hospitalière de Cornouaille (siège d'un SAU). Une procédure "Accueil et prise en charge du patient aux urgences avant l'examen médical" est en place, validée et actualisée le 26 mars 2013. Le service des urgences a passé des conventions avec des établissements hospitaliers partenaires (CHU de Brest ...). Des filières d'orientation et de traitement des urgences sont en place : urgences traumatiques, médico-chirurgicales, médicales pédiatriques périnatalité, psychiatriques. Le service des urgences adhère au réseau Bretagne Urgences. Il renseigne quotidiennement la plateforme Télésanté (nombre de passages aux urgences, l'orientation des patients ...). La communication sur l'organisation du réseau auprès des acteurs du territoire de santé est formalisée. Cependant, une commission des urgences impliquant les autres services et</p>

	En grande partie	l'administration de l'établissement n'est pas mise en place et les modalités prévoyant la prise en charge d'une personne vulnérable ou démunie ne sont pas explicitement formalisées.
Le recours aux avis spécialisés, permettant de répondre aux besoins des patients, est organisé et formalisé.	Oui	Le recours aux spécialistes est organisé et formalisé. Une procédure "Demande d'avis spécialisé" et un mode opératoire "Demande d'une consultation spécialisée" formalisent le recours aux spécialistes. Les professionnels du service d'urgence disposent de la liste des médecins de garde et d'astreinte pour les spécialités présentes dans l'établissement. Le recours à des avis de neuroradiologie est organisé dans le cadre du Centre Régional Breton d'Expertise Neuroradiologique du CHU de Brest et de Rennes (CREBEN). De même, une organisation pour des avis neurochirurgicaux avec le CHU de Brest, des coopérations territoriales (EPSM Gourmelen, CHIC) sont en place.
Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés, selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).	Oui	Une procédure "Circuit de prise en charge des patients aux urgences" est en place. L'établissement a mis en place des filières de soins sur le territoire (AVC, psychiatrie, réanimation) formalisées par des conventions. Une "Grille de priorisation de la prise en charge des patients à l'accueil des urgences" en fonction du motif de consultation a été élaborée. Une procédure "Conduite à tenir en cas d'hospitalisation différée" est en place. Des filières pour les soins immédiats et patients couchés sont en place. Les filières sont inscrites dans les procédures.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	Oui	La disponibilité des lits d'hospitalisation, en temps réel de jour comme de nuit, repose sur le logiciel de soins interfacé au réseau administratif. L'implication des services d'aval est effective : le service de médecine, l'USC et le service de chirurgie communiquent deux fois par jour aux urgences, la disponibilité de leurs lits.

Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	Oui	La formation à l'accueil et à l'orientation des patients a concerné les quatre IDE IAO affectées au service des urgences (formation par un organisme extérieur en 2008, 2010, 2012). Ces formations ont débouché sur la création des fiches de tri des patients en fonction du motif de consultation aux urgences.
L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).	Oui	Les professionnels ont identifié des typologies de patients pouvant être admis directement dans les unités de soins (entrées programmées en cardiologie, en service de médecine post-urgence ou gériatrie par exemple). Une organisation permettant la prise en charge de ces patients a été définie (exemple information, avec utilisation de flyers, des médecins traitants par les gériatres de l'établissement sur l'offre de prise en charge de soins non programmés).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des temps d'attente et de passage, selon le degré d'urgence, est en place.	Oui	La traçabilité des heures d'arrivée, de prise en charge et de sortie des patients est réalisée (enregistrement informatique et papier) en temps réel selon la typologie des patients. Un suivi mensuel de ces indicateurs est en place depuis trois mois. Les professionnels ont démarré en juin 2012 une EPP (actuellement au stade d'objectivation des pistes d'amélioration) sur "l'évaluation des délais de prise en charge, des temps d'encombrement et des motifs d'attente pour les patients hospitalisés, via les urgences".
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	En grande partie	Une procédure de signalement d'événements indésirables formalisée et en place dans le service. Le support de signalement est disponible en version papier. Les professionnels sont informés des enjeux (au cours des réunions de service) et connaissent le circuit de recueil des dysfonctionnements. Un cahier de transmission d'informations est en place dans le service des urgences servant de lien entre les professionnels. Les événements indésirables sont recueillis par l'encadrement. Les FSEI suivent le circuit commun d'analyse institué dans l'établissement. Toutefois, il n'y a pas encore d'harmonisation des méthodes d'analyse des FSEI.

<p>Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en oeuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des actions d'amélioration sont définies en cohérence avec les résultats des dysfonctionnements recueillis et analysés. Les remarques formulées par les patients sont prises en compte par les professionnels et donnent lieu à des actions d'amélioration, coordonnées et suivies au sein du service par l'encadrement. Toutefois, le retour d'information au déclarant n'est pas réalisé.</p>
---	-------------------------	--

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'un bloc opératoire.

Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	Oui	Les processus à risques du bloc opératoire ont été définis et validés en conseil de bloc. Ils prennent en compte les risques identifiés aux différentes phases chronologiques de la prise en charge du processus interventionnel : accueil, anesthésie, acte opératoire, réveil, remise en état de la salle (procédure de bio-nettoyage terminal). Une cartographie, établissant la hiérarchie des risques en termes de fréquence et gravité, est formalisée. Une procédure d'ouverture et de fermeture de la salle d'opération est en place. Les processus supports sont identifiés : ressources humaines, information, gestion des transports (équipe de brancardiers dédiés), linge.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).	Oui	La démarche qualité est en place. Elle comprend un système documentaire actualisé. Celui-ci concerne toutes les composantes du fonctionnement du bloc opératoire (procédures et modes opératoires d'ouverture de salle d'intervention, de la SSPI, de vérification des matériels, d'entretien des locaux, de prélèvements bactériologiques (eau, air, surface), de gestion des déchets, de maintenance curative et préventive... La charte participe au bon

	Oui	fonctionnement du bloc. Les nouveaux arrivants sont intégrés par compagnonnage. Un conseil de bloc est en place et opérationnel. Les FSEI suivent le circuit commun d'analyse institué dans l'établissement. En cas d'événement indésirable grave, des RMM sont organisées. Des indicateurs de suivi de l'activité (sur des tableaux de bord informatiques) et des démarches d'évaluation permettent la mise en place d'actions correctives.
La charte de fonctionnement définie et validée par un conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.	Oui	Une charte de fonctionnement, validée par le conseil de bloc et disponible, est en place depuis 2009 et actualisée en février 2013. Le conseil de bloc se réunit régulièrement et se charge d'évaluer et d'adapter la planification des vacations opératoires à partir des indicateurs collectés par le responsable du bloc. La charte précise l'organisation de l'activité opératoire, le fonctionnement des circuits de prise en charge et les responsabilités au sein du bloc.
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient, est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	Oui	Une organisation est en place pour assurer la coordination entre les différents secteurs et les différents professionnels sur la prise en charge péri-opératoire. Elle repose sur un partage d'informations entre les secrétariats, les services de chirurgie, les urgences, le secteur ambulatoire ou médicotechnique (fiches de liaison, logiciel du dossier patient informatisé partagé, dossier papier qui accompagne le patient à la sortie de la SSPI). Un logiciel interne optimise le brancardage entre les services de soins et les services médicotechniques. Des réunions pluriprofessionnelles et des RMM en orthopédie concourent au partage d'informations entre les acteurs de la prise en charge du patient. L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier d'anesthésie" avec la valeur de 88 avec un intervalle de confiance à 95% de [86-90] pour la campagne 2011.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information de l'établissement. Il est interfacé avec la gestion administrative du patient et le dossier patient informatisé. Le taux d'interventions au bloc opératoire planifiées à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un

	Oui	outil de programmation est de 90 %. Cette intégration est confirmée par la valeur de l'indicateur Hôpital numérique associé, au moment de la visite.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable régule les activités du bloc opératoire, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	Les activités du bloc sont régulées par le responsable de bloc ou en son absence, par une IBODE titulaire d'un DU "Gestionnaire de bloc". Cette fonction régulation se trouve dans la fiche de poste du responsable de bloc. La programmation est établie en fonction des vacances des praticiens, de la disponibilité des salles et des moyens humains et matériels. Le programme prévisionnel est signé la veille de l'intervention, avant quatorze heures, par le chirurgien, l'anesthésiste et le responsable du bloc. Après cette validation, il est consultable sur le dossier informatique par les services de soins. Le responsable du bloc dispose d'outils de suivi pour le respect de cette planification et module le planning en fonction des urgences. En cas de dysfonctionnement, une fiche d'événement indésirable est remplie et suit le circuit commun d'analyse établi dans l'établissement. Le dysfonctionnement fait l'objet de mesures correctives immédiates et est évoqué en conseil de bloc.
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en oeuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	Oui	La check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire", sous forme informatique, est en place depuis 2010 au bloc opératoire. Une procédure en décrit les modalités. Elle est renseignée à l'arrivée du patient au bloc et se décline tout au long de la prise en charge anesthésique et chirurgicale du patient. Des évaluations du respect de son utilisation au bloc opératoire ont été conduites régulièrement depuis sa mise en place (EPP en 2010).
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	Oui	La traçabilité des DMI et des actes est réalisée sur plusieurs supports (cahiers de salle, dossier du patient). La traçabilité des commandes est retrouvée sur le bon de réapprovisionnement du bloc transmis par fax à la

	Oui	pharmacie. Un carnet d'écologie est en place. Il comporte la trace des implants, des radiographies réalisées, du comptage des compresses, de l'anatomopathologie, de la biologie ainsi que des heures d'entrée, d'incision et de sortie. Les vérifications effectuées (check-list) sont tracées dans le dossier patient.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	De nombreuses procédures et protocoles sont accessibles aux professionnels (protocoles d'antibioprophylaxie, procédures d'hygiène, documents de bonnes pratiques de référence actualisés issues de sociétés savantes (SFED, SFAR, HAS ...).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	Des indicateurs de suivi sont en place : taux d'occupation des salles, nombre d'interventions par spécialité ou par an, temps de vacation offert (TVO), temps réel d'occupation des salles (TROS). L'IBODE de salle réalise un recueil quotidien des informations liées à l'intervention (type, heure d'entrée, de sortie ...). Celui-ci contribue à mettre à jour le programme opératoire et nourrit le tableau d'indicateurs. La check-list au bloc est évaluée régulièrement et fait l'objet de réajustements. Ces indicateurs sont suivis en conseil de bloc. Des RMM en orthopédie et anesthésie sont en place et donnent lieu à des actions d'amélioration. Les événements indésirables sont recueillis par l'encadrement. Les FSEI suivent le circuit commun d'analyse institué dans l'établissement. Toutefois, à ce jour, le retour d'expérience est peu mis en œuvre et diffusé.

Référence 26: Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur: radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie

Critère 26.b - Radiothérapie
 Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient, est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des évènements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audits, le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

Référence 26: Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur: radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie

Critère 26.b - Médecine nucléaire
 Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient, est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des évènements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audits, le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

Référence 26: Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur: radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie

Critère 26.b - Endoscopie
 Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur



Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le secteur d'activité d'endoscopie (digestives hautes et basses essentiellement) a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels. Les risques sont identifiés tout au long du parcours : avant, pendant et après l'endoscopie avec deux prises en charge distinctes, avec et sans anesthésie. Une cartographie des risques est en place établissant la gravité, la fréquence et la hiérarchisation des risques identifiés. Une check-list de sécurité en endoscopie est en place. Un manuel qualité regroupe, au bloc opératoire, les procédures, modes opératoires et l'ensemble des documents nécessaires à la prise en charge en endoscopie. Le document unique répertorie les risques professionnels. Le personnel est formé à la prévention du risque infectieux (formation des AS par l'IDE hygiéniste sur l'hygiène en endoscopie digestive) et aux pratiques de désinfection des endoscopes. Le circuit de traitement des endoscopes suit la marche en avant dans des locaux ventilés dédiés au nettoyage, comportant des armoires de stockage ventilées. La traçabilité de l'entretien</p>

	Oui	des endoscopes, leur suivi et la traçabilité des actes sont assurés (classeur). Le risque ATNC est identifié. En consultation, un chariot d'urgence est opérationnel. Le suivi post-endoscopique des patients hospitalisés est organisé (dossier patient informatisé). Une EPP sur le thème de l'endoscopie a permis de mettre en place un support papier de suivi post-endoscopique des patients ambulatoires.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	Oui	La démarche qualité est en place. Un manuel qualité en endoscopie est disponible au bloc opératoire comprenant une documentation relative à l'activité d'endoscopie. Ces documents sont actualisés, validés, diffusés et accessibles aux professionnels. Le secteur d'endoscopie est organisé sous la responsabilité d'un cadre identifié (le cadre de bloc). Les responsabilités des intervenants sont définies dans des fiches de poste. Le planning de travail est organisé par le cadre responsable de bloc. Le document unique des risques professionnels est actualisé. Une cartographie des risques professionnels est en place. Les vérifications des matériels, l'entretien des locaux, les prélèvements bactériologiques (eau, air, surface), la gestion des déchets, la maintenance curative et préventive sont organisés. Des fonctionnements en mode dégradé sont élaborés. Un document est en place requérant le visa de l'opérateur en cas de nécessité de réalisation d'une endoscopie en cas d'urgence. Un système d'information est en place et opérationnel. Les risques sont identifiés. Une procédure institutionnelle d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est en place. Un dispositif de recueil, d'analyse et de traitement des événements indésirables est défini. Des outils informatiques sont à disposition des professionnels pour le suivi et l'évaluation (tableaux de bord).
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient, est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	Oui	L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé et tracé dans le dossier. Le cadre de santé responsable du bloc assure le lien entre les services et le secteur d'endoscopie. Il en régle l'activité. Une fiche de liaison entre le bloc et les services ainsi qu'un bon de

	Oui	demande de consultation spécialisée sont en place. Le logiciel du dossier patient informatisé partagé contribue aux échanges d'informations nécessaires à la prise en charge.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier. La gestion des rendez-vous est organisée dans le dossier patient informatisé partagé. Les données d'imagerie peuvent être intégrées au dossier (capture d'image et transfert sur clé USB).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	Les activités du secteur endoscopie sont régulées par le responsable de bloc ou en son absence, par une IBODE titulaire d'un DU "Gestionnaire de bloc". Cette fonction de régulation se trouve dans la fiche de poste du responsable de bloc. La programmation est établie en fonction des vacances des praticiens, de la disponibilité des salles et des moyens humains et matériels. Une IDE référente assure la régulation en consultation en lien avec le responsable du bloc. Celui-ci dispose d'outils de suivi pour le respect de cette planification et module le planning en fonction des urgences.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	En grande partie	Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés. Le manuel qualité endoscopie regroupe ces procédures. Il est accessible au bloc et dans le bureau de l'IDE hygiéniste (classeur hygiène). La check-list sécurité du patient en endoscopie digestive est en place. La vérification de la check liste est effectuée par la majorité des praticiens. Un seul praticien rencontré ne la partageait pas.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	La traçabilité des DMI et des actes est réalisée sur plusieurs supports (cahiers de salle, dossier du patient). La traçabilité des commandes est retrouvée sur le bon de réapprovisionnement du bloc transmis par fax à la pharmacie. Les vérifications dans le cadre de la check-list sécurité du patient sont tracées informatiquement.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
<p>Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Une procédure de signalement d'événement indésirable est formalisée. Le support de signalement est disponible en version papier. Les événements indésirables sont recueillis par le responsable du bloc. Les FSEI suivent le circuit commun d'analyse institué dans l'établissement. Toutefois, les médecins pratiquant l'endoscopie ne sont pas engagés dans le dispositif d'accréditation. Très peu de déclarations ont lieu. Peu d'actions d'amélioration sont donc mises en oeuvre. En cas de besoin, les événements indésirables peuvent être traités dans le cadre de la RMM chirurgie – anesthésie. Toutefois, à ce jour, il y a peu de retour d'information aux déclarants sur les événements indésirables signalés.</p>
<p>La réalisation d'audits, le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Une EPP "Peut-on à tout moment retrouver la trace d'un endoscope qui aurait été utilisé sur un patient contaminé ?" a été menée en 2012. Le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est défini et sa mise en oeuvre est en cours. Cependant, le secteur d'endoscopie n'a pas défini à ce jour d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.</p>

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé ayant une prise en charge MCO, hors établissements d'HAD.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, et sont formés, notamment en matière d'information des familles.	Oui	
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Les activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	
---	-----	--

Référence 27: Les activités de soins de suite et de réadaptation**Critère 27.a****Activités de soins de suite et de réadaptation**

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'échange d'informations, nécessaires à la prise en charge du patient et à la continuité des soins, est organisé entre secteurs de soins de suite et de réadaptation, activités clinique, médico-technique, technique et logistique.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le projet personnalisé de prise en charge, qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation, est élaboré avec le patient, son entourage, et en concertation avec tous les professionnels concernés.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	Oui	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées, dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	En grande partie	Compte tenu de la classe de l'indicateur "Réunion de concertation pluridisciplinaire" et de sa valeur 77 pour la campagne de recueil 2011.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.	En grande partie	Des démarches d'amélioration des pratiques professionnelles sont mises en oeuvre dans les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique. Toutefois, le suivi d'actions d'amélioration n'est pas en place dans

	En grande partie	l'ensemble des démarches présentées.
L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	En grande partie	
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place, afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Non	

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles**Critère 28.b
Pertinence des soins****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre**Réponses aux EA****Constats**

Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.

En grande partie

Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer**Réponses aux EA****Constats**

Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique assurent le suivi des actions d'amélioration, et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.	En grande partie	
---	------------------	--

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.c
Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	En grande partie	
Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs, lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	Non	
---	-----	--

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

La Haute Autorité de Santé s'est engagée en 2008 dans la première campagne de généralisation du recueil d'indicateurs de qualité.

Le détail des indicateurs généralisés est disponible sur le site internet de la Haute Autorité de Santé :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqs-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-

Éléments de lecture du tableau

Le tableau présente pour chaque année de recueil la valeur de chaque indicateur recueilli par l'établissement ainsi que l'intervalle de confiance de la valeur et le positionnement (en classe +, =, -, Non répondant) de l'établissement par rapport à la valeur seuil fixée à 80%. La valeur de l'indicateur correspond au résultat de l'indicateur pour l'établissement. L'intervalle de confiance (IC) à 95% est l'intervalle dans lequel il y a 95 chances sur 100 de trouver la vraie valeur de l'indicateur pour l'établissement.

Chaque année et pour chaque indicateur, la valeur obtenue par l'établissement est répartie en quatre classes : +, =, -, Non répondant. Les trois premières classes ont été définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95% du score de l'établissement à la valeur seuil 80% pour cet indicateur. Une quatrième classe a été créée pour les « Non répondant ».

- La classe + correspond aux valeurs de résultats significativement supérieures à la valeur seuil.
- La classe = correspond aux valeurs des résultats non significativement différents de la valeur seuil.
- La classe - correspond aux résultats significativement inférieurs à la valeur seuil.
- La classe Non répondant est composée des établissements non répondant.

Remarque :

1. Pour une meilleure lisibilité des résultats, les scores de qualité I1TDP et I1 TDA ont été multipliés par 100.
2. Si la taille de l'échantillon de dossiers de séjours est trop petite, inférieure ou égale à 30 ("Effectif avec N inférieur ou égal à 30"), la méthode statistique de classement fondée sur le calcul de l'intervalle de confiance ne peut pas s'appliquer. L'intervalle de confiance n'est pas calculé et l'établissement n'est pas positionné selon les classes.

Le recueil et la valeur des indicateurs sont pris en compte dans le rapport de certification pour apprécier les critères pour lequel un indicateur est disponible. Le tableau suivant présente synthétiquement les résultats obtenus par l'établissement au regard de l'ensemble des indicateurs recueillis chaque année.

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE