



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

HOPITAL LOCAL DE QUINTIN

11 rue des carmes Bp 139 - 22800 - Quintin

SEPTEMBRE 2014

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	13
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	14
4. Critères investigués lors de la visite de certification	15
5. Suivi de la décision	16
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	18
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	21
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	23
3. Regard Patient	25
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	25

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	31
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	33
PARTIE 1. Management stratégique	34
PARTIE 2. Management des ressources	58
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	99
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	126
PARTIE 1. Droits et place des patients	127
PARTIE 2. Gestion des données du patient	176
PARTIE 3. Parcours du patient	195
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	278
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	292
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	299
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	301

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

HOPITAL LOCAL DE QUINTIN

Adresse : 11 rue des carmes Bp 139
22800 Quintin COTES-D'ARMOR

Statut : Public

Type d'établissement : Hopital Local

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	15	0	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	15	0	0

Nombre de sites.:	2 sites
Activités principales.:	Médecine SSR polyvalent
Activités de soins soumises à autorisation.:	Médecine SSR polyvalent
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<p>* Membre du GCS Pharmacie Val de Gouët</p> <p>*Conventions à caractère médical ou médico-technique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convention de coopération en matière de lutte contre les infections nosocomiales – Centre hospitalier de Saint-Brieuc (mai 2003) - Convention pour l'organisation de la prise en charge de patients sortis des services de médecine/SSR avec l'association HAD du pays briochin.(31/12/2006) - Convention organisant la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux sur le territoire de santé n° 7 – CH Saint-Brieuc, CH Paimpol, CH Lannion, CH Guingamp, CH Tréguier, Hôpital de Lamballe, Mutualité française, HAD Pays briochin (1/07/2008) - Convention avec le centre hospitalier de Saint Brieuc relative à la prise en charge des personnes âgées présentant des risques vitaux lors de crises climatiques exceptionnelles et particulièrement en cas de canicule (2004) - Convention avec le réseau de soins palliatifs Résopallia (17/03/2009) - Convention pour l'accompagnement des personnes hospitalisées et leur famille avec l'association JALMAV (26 juin 2012) - Convention inter hospitalière pour la prise en charge des patients en état de coma neurovégétatifs chronique avec le CH de
--------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Réorganisation de l'offre de soins

	<p>Saint-Brieuc (2/11/2000)</p> <ul style="list-style-type: none">- Convention constitutive du réseau cancérologie secteur 7 ONCARMOR (18/06/2003).- Convention d'adhésion au Réseau de soins néphrologiques du secteur 7 (25/06/2001)- Convention avec la CRAM de Bretagne sur le dispositif d'aide au retour à domicile suite à des hospitalisations (14/12/2007) <p>* Prestations logistiques</p> <ul style="list-style-type: none">- Participation au Groupement de commandes des EPS du territoire n° 7- Membre du GCS Services interhospitaliers d'Armor (Blanchisserie)- Participation au SIB (Santé Informatique de Bretagne) pour l'informatique- Membre du GCS E-Santé Bretagne
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Identification de 2 lits de soins palliatifs en service de médecine(2010)

2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1.Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec recommandation(s).

Décisions

RECOMMANDATION(S)

1.b (Engagement dans le développement durable) .

14.a Court Séjour (Gestion du dossier du patient) ;14.a Soins de suite et/ou de réadaptation (Gestion du dossier du patient) .

15.a Court Séjour (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) ;15.a Soins de suite et/ou de réadaptation (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) .

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: les infrastructures et la sécurité incendie.

Bien que l'établissement ait des avis favorables sur ces thématiques, il n'a pas finalisé la mise en œuvre des actions d'amélioration permettant de lever toutes les recommandations prononcées lors de ces contrôles externes (actions cochées « en cours » dans la fiche interface annexée).

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.

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 œuvre.

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 26/11/2013 au 29/11/2013.

L'équipe d'Experts Visiteurs a investigué les critères suivants :

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

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

MANAGEMENT DES RESSOURCES

3.d, 4.a, 5.a, 5.b, 7.d

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

8.a, 8.b, 8.d, 8.f, 8.g, 8.h, 8.k, 9.a

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 10.b Court Séjour, 10.c Court Séjour, 11.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.c Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.c Court Séjour, 12.a Court Séjour, 12.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 13.a Court Séjour, 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 Court Séjour, 14.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 14.b Court Séjour, 15.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 15.a Court Séjour

PARCOURS DU PATIENT

18.a Court Séjour, 18.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.b Court Séjour, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.c Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a Court Séjour, 20.a bis Court Séjour, 20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation, 21.a Court Séjour, 21.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 22.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 22.a Court Séjour, 23.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 23.a Court Séjour, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 24.a Court Séjour

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

L'établissement a la possibilité de lever tout ou partie de ses recommandations avant la prochaine itération par le biais d'un rapport de suivi dans un délai de 6 mois. S'il ne souhaite pas ou n'a pas la possibilité de lever les recommandations dont il fait l'objet, il devra fournir dans le même délai à la Haute Autorité de Santé un plan d'actions avec échéancier.

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)
- 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)
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge médicamenteuse du patient (20.a bis)
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25.a)
- Organisation du bloc opératoire (26.a)
- Organisation des autres secteurs

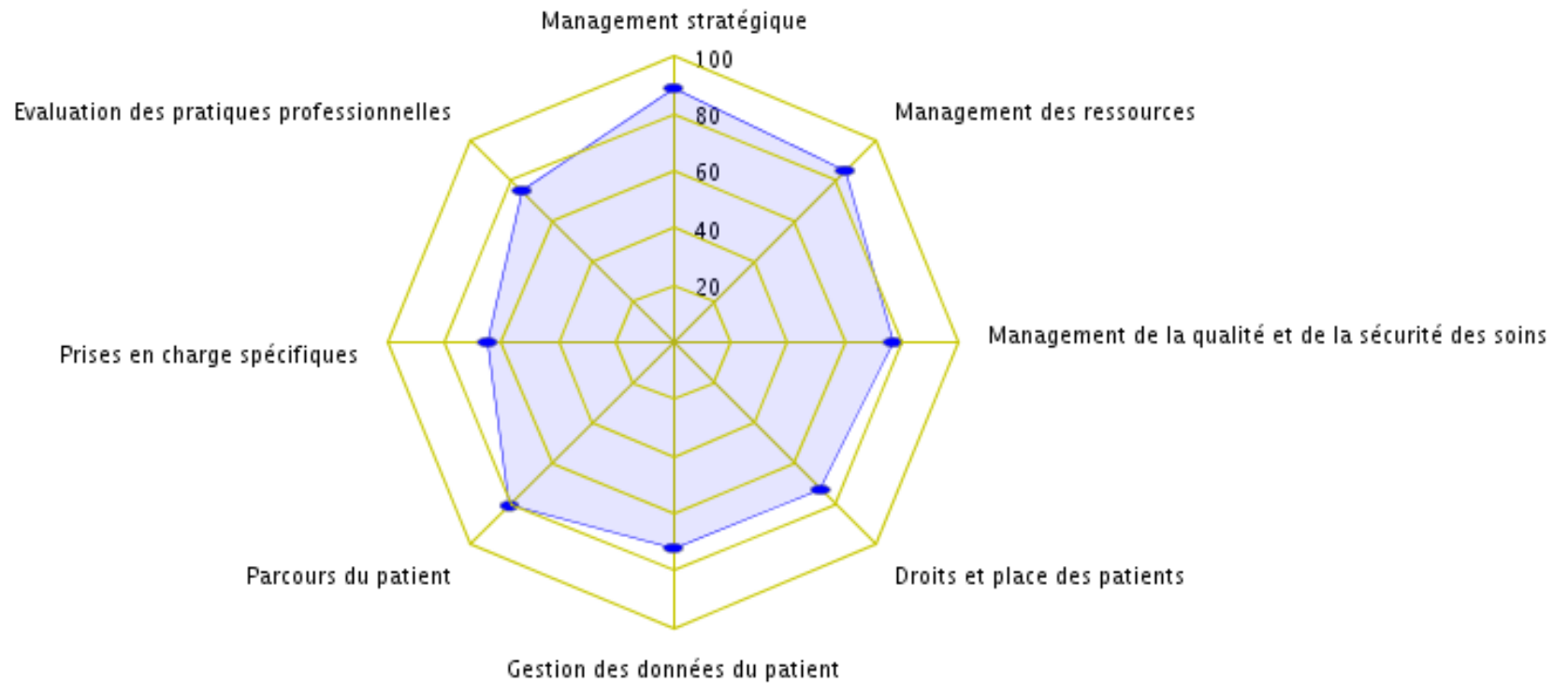
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

[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 :

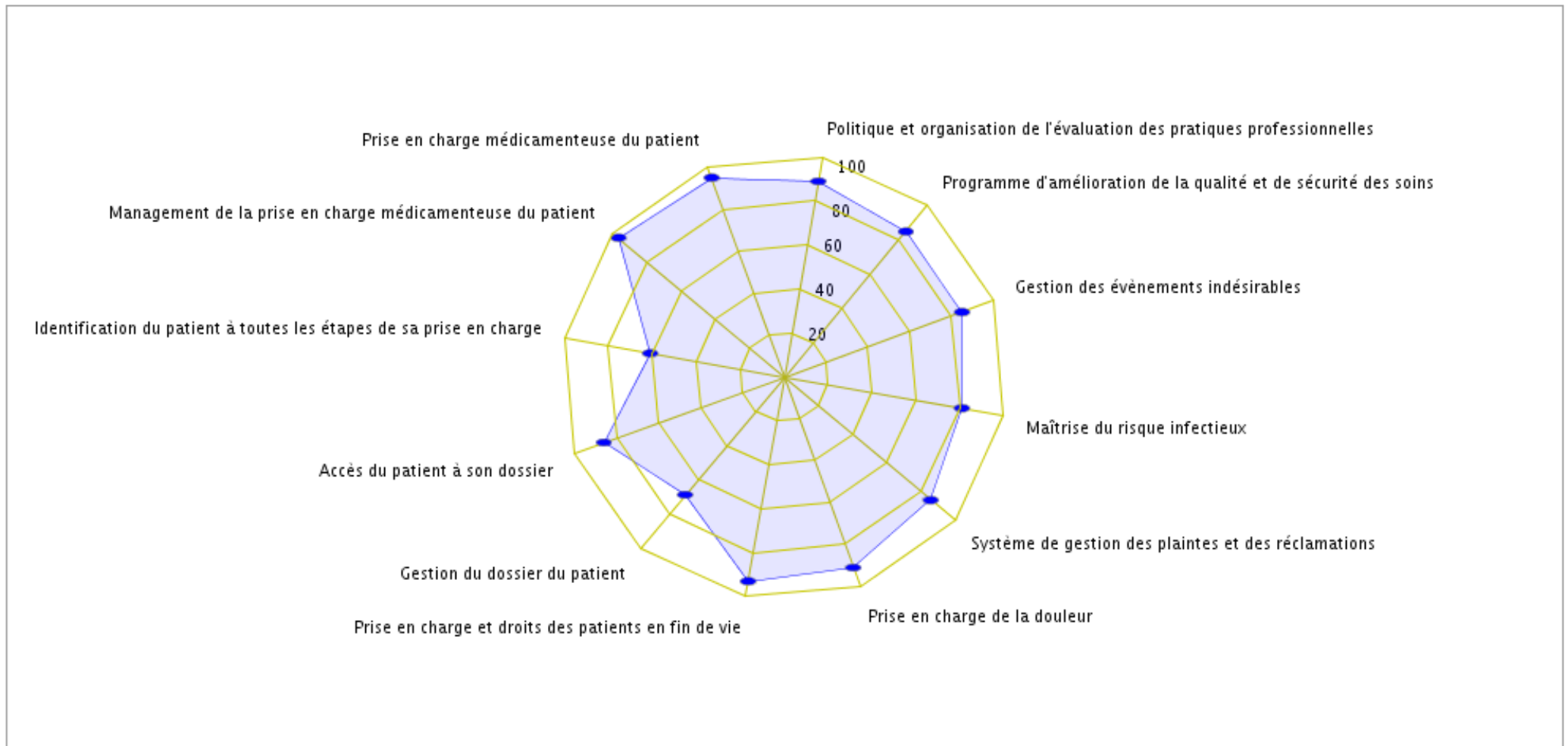
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé 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

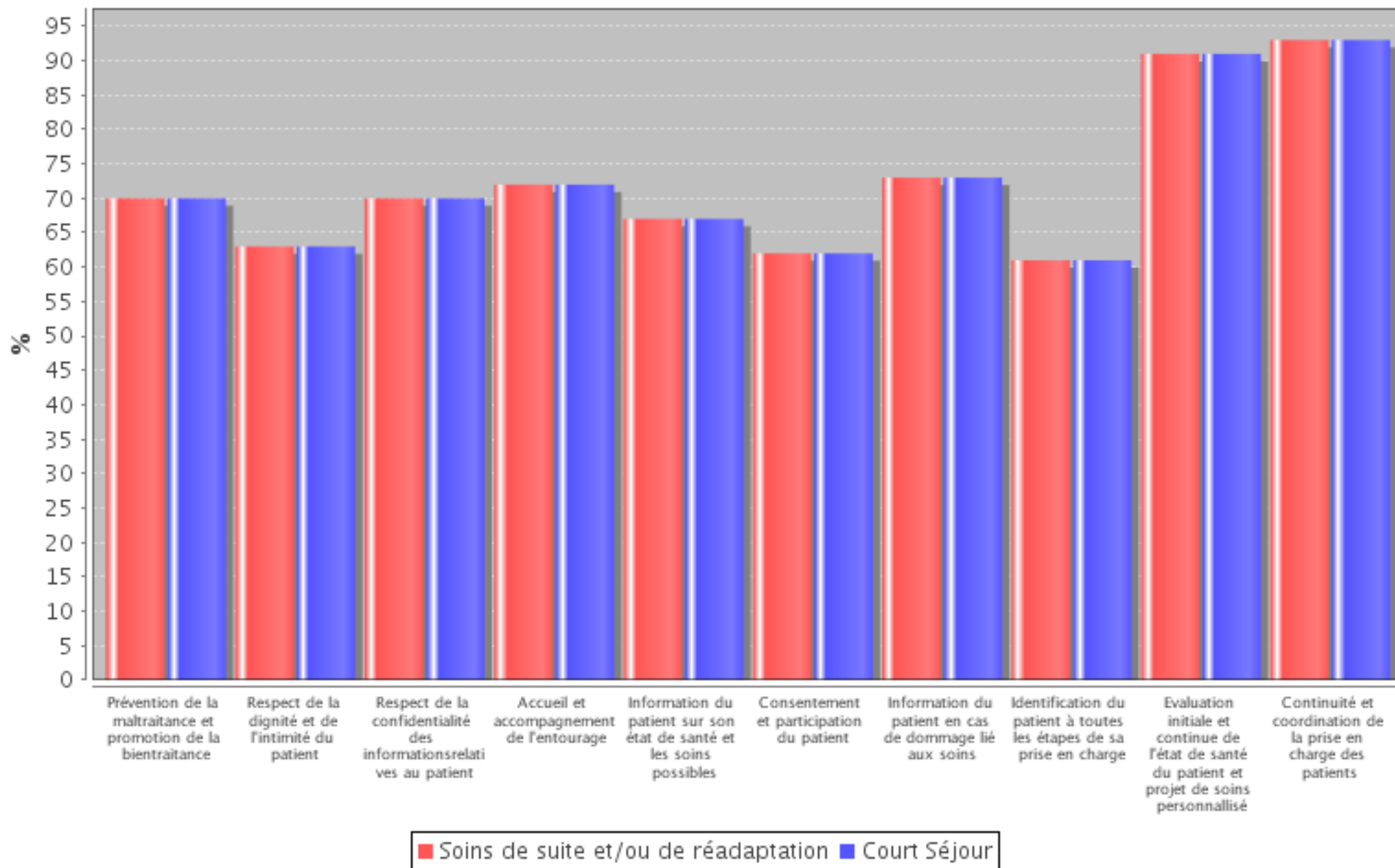


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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
9b (Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en blanchisserie et dans le circuit de traitement du linge.).	Type 1	Oui	Les armoires de linge propre sont livrées directement par la blanchisserie (SIA de Saint-Brieuc) dans le service de médecine/SSR sans passage à la lingerie-relais. Dans l'attente de la construction du nouvel établissement, des travaux d'amélioration ont été réalisés en mai 2012 afin d'améliorer les flux à l'intérieur de la lingerie : la partie lavage/séchage a été isolée de la partie pliage grâce à l'aménagement d'un local à proximité.
10c (La formation des professionnels à la qualité est assurée.).	Type 1	Oui	La responsable qualité & gestion des risques et les membres du CQRIS bénéficient de formations dispensées par un consultant externe plusieurs fois par an. La responsable qualité & gestion des risques, éventuellement accompagnée d'autres professionnels de l'établissement, participe chaque année à des journées qualité/gestion des risques dans le domaine sanitaire et médico-social afin de réactualiser ses connaissances. Au sein de l'établissement, elle forme les membres de certains groupes à des outils qualité/gestion des risques : cartographie des processus, cartographie des risques, analyse des causes,... Elle sensibilise par ailleurs les responsables de service en continu à la démarche et aux outils qualité/gestion des risques.
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	Oui	Il existe une instance de pilotage qualité/gestion des risques ainsi qu'un programme global qualité/sécurité au sein de l'établissement. Une démarche structurée d'analyse des risques a priori est en cours de déploiement. Lors de la dernière visite de certification, l'analyse était effective pour les risques professionnels et le secteur restauration. Une cartographie globale des risques est en cours se basant sur la méthodologie AMDEC. Les secteurs

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
			<p>prioritaires ont été identifiés à partir des événements indésirables déclarés. La cartographie des risques liés au circuit du médicament et à la restauration a ainsi été réalisée. La cartographie des risques liés au circuit du linge, identifié comme seconde priorité, est non réalisée au moment de la visite de certification V2010.</p> <p>Une grille de cotation des risques permettant de les hiérarchiser est utilisée aussi bien pour les risques a priori identifiés (circuit du médicament) que pour les risques a posteriori.</p>
14a (Le prétraitement et la désinfection des dispositifs médicaux non autoclavables font l'objet de dispositions connues et appliquées par les professionnels concernés.).	Type 1	Oui	<p>Des dispositifs médicaux à usage unique livrés par l'industrie sont utilisés. Le prétraitement et la désinfection de ces dispositifs n'est par conséquent plus applicable.</p> <p>Les dispositifs de type garrot sont traités par essuyage humide avec un produit détergent désinfectant.</p>
15a (L'hygiène des locaux est assurée.) ; 15d (L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est assurée.).	Type 1	Oui	<p>Les tâches quotidiennes de nettoyage sont tracées sur des fiches spécifiques enregistrées dans le système de gestion documentaire de l'établissement.</p> <p>Le stockage des DASRI est réalisé dans un local spécifique adapté (ventilation, surfaces lavables) et sécurisé.</p> <p>Le local de stockage au niveau de la cuisine centrale fait l'objet d'un nettoyage tracé.</p>
17b (Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en oeuvre.).	Type 1	Oui	<p>Un groupe électrogène a été installé en 2010 pour alimenter la Salle Verte en cas de panne électrique.</p>
24c MCO (La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du	Type 1	Oui	<p>La réflexion bénéfice-risque est systématique en ce qui concerne les traitements médicamenteux : l'application informatique ne permet pas la validation des prescriptions sans la traçabilité de cette réflexion.</p>

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
patient.) ; 24c SSR (La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.).			
25d MCO (Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.) ; 25d SSR (Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.).	Type 1	Oui	Les chutes des patients font l'objet d'un suivi d'indicateurs quantitatif et qualitatif. Une EPP est en cours afin d'améliorer les mesures de prévention et de prise en charge a posteriori au sein de l'établissement.
27a MCO (Des règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination sont mises en oeuvre pour assurer la continuité des soins.) ; 27a SSR (Des règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination sont mises en oeuvre pour assurer la continuité des soins.).	Type 1	Oui	Différentes modalités sont mise en oeuvre pour assurer une continuité de la prise en charge du patient : - Une astreinte médicale est en place, assurant la continuité de la prise en charge 7j/7 et 24h/24, - Un planing assurant la présence d'IDE et AS 7j/7 et 24h/24 est établi par les cadres de santé, - Une garde administrative est fonctionnelle.
28d MCO (L'accès au dossier du patient est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.) ; 28d SSR (L'accès au dossier du patient est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.).	Type 1	Oui	La transmission du dossier patient est organisée et fait l'objet d'une procédure. L'information aux patients est réalisée à travers le livret d'accueil de manière conforme à la réglementation.
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	Un indicateur sur les délais d'attente pour les admissions en SSR a été défini et fait l'objet d'un suivi. Il en est de même pour la satisfaction des correspondants externe.

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
44d (L'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.).	Type 1	Oui	Le programme global qualité/sécurité est évalué annuellement par les instances (CQRIS, CME, CSIRMT). Les programmes spécifiques le sont également par l'instance spécifique concernée (CLIN, CLAN, ...).

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

A

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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La mise en œuvre 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.	Oui	

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.

Oui

Un volet « Développement durable » est intégré dans les orientations stratégiques.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

Un plan pluriannuel a été évoqué en commission de gestion des risques en octobre 2013. Ce plan n'est pas finalisé au moment de la visite, les pilotes, les moyens et les échéances ne sont pas définis.

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

Partiellement

L'Intranet de l'établissement et la présence d'un guide de l'agent hospitalier eco-responsable sont des moyens de sensibiliser le personnel. Cependant, au moment de la visite cette communication n'est pas finalisée ni dans sa récurrence ni dans son contenu.

L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Partiellement	Des actions de partenariat en lien avec la gestion du tri des déchets sont établies avec la communauté des communes. Cependant, des objectifs de développement durable partagés ne sont pas mis en oeuvre avec d'autres acteurs.
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	Il n'y a pas de réajustements réguliers planifiés compte tenu que le plan n'est pas finalisé.

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

A

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.

Oui

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.

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un état des lieux des questions éthiques liées aux activités de l'établissement est réalisé.	Partiellement	

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.

Oui

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 œuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CRU.	Partiellement	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	--

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.

Oui

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.

En grande partie

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.	Oui	

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.

En grande partie

La politique de développement de l'EPP est formalisée et approuvée par les instances. Cette politique décline un programme unique institutionnel et des objectifs stratégiques comme par exemple de répondre « aux impératifs de la certification ». Cette politique est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cependant les moyens nécessaires à la mise en œuvre de cette politique ne sont pas détaillés.

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

Oui

Le dispositif de concertation entre professionnels et gestionnaires est opérant. Il est réalisé en CME tous les mois. D'autre part, la CSIRMT et le comité qualité et gestion des risques (CQRIS) aborde selon une fréquence établie les EPP.

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 politique EPP définit les instances comme responsable dans leur mise en œuvre. Il existe une fiche de mission relative au coordonnateur médical des EPP.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	Les pilotes de chacune des EPP sont accompagnés par le responsable qualité. Par ailleurs, le coordonnateur médical EPP participe à une démarche régionale qualité sur la pertinence des soins où est abordée la mise en œuvre des EPP.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	L'établissement suit l'état d'avancement des EPP tous les mois en CME. Les instances concernées sont informées plusieurs fois par an du suivi des EPP qui les concernent. Les pilotes échangent aussi de manière régulière avec le responsable qualité des effets des EPP.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	En grande partie	Les instances de l'établissement mettent en œuvre le processus d'information envers les professionnels. Cette information porte sur la pertinence et les résultats des EPP. Des indicateurs, traçant l'évolution du thème de l'EPP sont diffusés aux professionnels. Le logiciel de gestion documentaire et le bulletin trimestriel de la qualité présentent aussi ces résultats. Cependant, au moment de la visite, quelques professionnels rencontrés n'étaient pas informés de la stratégie des EPP et de ses résultats.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'établissement rend compte des démarches EPP de manière régulière et systématique à la CME et à la CSMIRT. Les autres instances sont informées des EPP en lien avec leurs prérogatives. Un bilan annuel des EPP est réalisé auprès de la CME, de la CSIMRT et du CQRIS. Ce bilan présente les indicateurs d'avancée des EPP et l'impact sur l'amélioration des pratiques.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	En grande partie	La révision des EPP est faite annuellement, cependant le lien avec les résultats n'est pas systématiquement retrouvé.

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.	Oui	
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.).	En grande partie	
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.	Oui	
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.	Oui	
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.	Oui	
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.	Oui	
Les attentes des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activité ou d'établissement.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré.	Partiellement	

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.).	Oui	
---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	--

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 et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et 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.	En grande partie	
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaisons externe et interne).	En grande partie	

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation		
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.	Oui	
Les compétences spécifiques pour les activités à risques ou innovantes sont identifiées.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des dispositions sont mises en œuvre 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 œuvre.	Oui	
Un plan de formation est mis en œuvre.	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.	Oui	
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.	Oui	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.	Oui	
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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.	Non	

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.	Oui	
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 œuvre.	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'événements indésirables.	Oui	
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		
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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

Cotation		
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.	Oui	
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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement fixe chaque année des objectifs d'amélioration de l'efficience de ses organisations.

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement conduit des études ou des audits sur ses principaux processus de production.

En grande partie

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		
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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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.

En grande partie

Il existe un plan de reprise des systèmes informatiques hébergés à l'extérieur de l'établissement, ce que confirme la valeur de l'indicateur hôpital numérique en référence au seuil de progression. Cependant, le plan de reprise du système informatique interne (serveur autonome) n'est pas complet. Les modalités de reprise et l'identité des professionnels habilités ne sont pas réalisées.

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.

En grande partie

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

Cotation

B

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.

Partiellement

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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.	Oui	
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).	Oui	
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 œuvre.	Oui	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	--

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		
	A	
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.	Oui	
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.	Oui	

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	A	
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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les préférences des patients sont prises en compte.	Oui	
Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La satisfaction des consommateurs concernant la prestation restauration est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	

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.	En grande partie	

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 œuvre.	Oui	

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.	Oui	
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 œuvre.	Non	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	--

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur les plans quantitatif et qualitatif, en associant les utilisateurs.	Oui	
La politique d'achat et de relation avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat éco-responsable.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	
L'établissement amorce une démarche d'achat éco-responsable pour certains produits ou services.	Partiellement	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.	Oui	

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 œuvre.	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.

Non

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.	Oui	
Un suivi des différents types de rejet est assuré.	Non	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	

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.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément d'appréciation est non applicable.
L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales.	En grande partie	
Des dispositions sont prévues en cas de travaux.	Partiellement	
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'E.O.H ou la CME et le CHSCT, sont mis en oeuvre.	En grande partie	

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

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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Non

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

Partiellement

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.

Partiellement

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.	Oui	

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		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les actions à mettre en œuvre 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 œuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH ou la CME.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	
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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	Oui	
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

Un document formalise la politique qualité, sécurité, environnement. Ce document décline l'engagement, les valeurs, les principes, l'organisation, les moyens, la méthode et les orientations stratégiques de l'établissement. Le programme est décliné dans un autre document intitulé "plan d'action". Ce document indique les différentes actions classées par thématiques de prise en charge en lien avec les caractéristiques de la population hébergée gériatrique.

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 plan d'actions qualité et gestion des risques est unique et prend en compte : l'analyse de la conformité à la réglementation, l'analyse des événements indésirables, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents sur les thématiques suivantes :

- la lutte contre les infections associées aux soins,
- la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- les dispositifs de vigilance - les autres risques associés aux soins identifiés a posteriori, en lien avec les activités de l'établissement,

	En grande partie	- les actions à mettre en place suite aux recommandations et décisions de la certification. Cependant, les autres risques a priori associés aux soins se limitent, au moment de la visite, aux risques en lien avec le médicament qui est le risque le plus signification au regard des prises en charge. En effet, l'établissement a fait le choix de constituer une cartographie partielle des risques a priori qu'il fera évoluer de manière progressive. Le programme n'intègre pas l'analyse des réclamations et des plaintes du secteur sanitaire compte tenu de l'absence de saisine des réclamations et la CRU avant 2013.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le plan d'action qualité et gestion des risques est soumis aux instances CME, CSIMRT et CQRIS de manière régulière. Par ailleurs, un bilan annuel de la qualité et de la gestion des risques est présenté à ces mêmes instances.
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 secteurs SSR et MCO mettent en oeuvre de manière conjointe les mêmes actions du programme compte tenu de la proximité des secteurs et des similitudes des prise en charge. Cependant, dans le plan d'action (version 0), présenté en élément de preuve, le responsable est majoritairement le responsable qualité alors qu'il a été confirmé au moment de la visite que ce sont les instances concernées qui pilotent chacune des actions du plan d'action et cela en lien avec les responsables médicaux et non médicaux. Une date de lancement et un état d'avancement sont fixés pour chaque action du plan d'action.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.</p>	<p>Oui</p>	<p>Chaque secteur d'activité fait régulièrement un point d'avancement de son plan d'action. La CME qui se réunit mensuellement évoque cet état d'avancement. Chaque instance suit l'état d'avancement des actions qui la concerne. Pour toute action non réalisée dans le délai défini, une révision du plan d'action est réalisée par la cellule gestion des risques (CGR) et portée au bilan annuel complet qui est diffusé aux instances et aux professionnels concernés. Ce plan d'action permet de mutualiser les expériences et d'assurer un pilotage global car il est, dès son origine, constitué pour être transposable à l'ensemble des secteurs d'activités qui ont des similitudes compte tenu de la petite taille de l'établissement et de la proximité des unités de SSR et MCO.</p>
<p>L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'atteinte des objectifs du programme est mesurée régulièrement par les instances concernés et les responsables. De plus annuellement un bilan CGR est réalisé par la responsable qualité et comporte un état d'avancement des actions. Par ailleurs, les indicateurs nationaux, les indicateurs économiques partagés avec d'autres établissements et les indicateurs de suivi élaborés par l'établissement contribuent à cette évaluation.</p>
<p>Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le responsable qualité réajuste le programme en fonction de l'atteinte des objectifs du programme. Cependant, ce réajustement porte plus sur l'état d'avancement des actions (réalisée, en cours, terminée) que sur l'évaluation de ses actions.</p>

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	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.	Partiellement	
La Direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser à la suite des 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.	En grande partie	
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.	Partiellement	L'établissement dispose d'une cartographie des risques a priori concernant les risques liés au médicament et à la restauration. Cependant, cette cartographie ne représente pas l'ensemble des risques a priori auquel est confronté l'établissement. Il a engagé de manière récente (2009) une stratégie participative afin de compléter sa cartographie des risques a priori en s'appuyant notamment sur l'analyse des évènements indésirables et des activités à risque.
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.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi de la mise en œuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	En grande partie	
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	En grande partie	

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.	Oui	
Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.	Partiellement	
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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'appropriation des procédures est évaluée à la suite de 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	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des évènements indésirables.	Oui	<p>L'établissement a rédigé une procédure de signalement, de traitement et d'analyse et des évènements indésirables. Les notions de gravité et de fréquence probable de répétition sont définies dans un fichier de suivi géré par le responsable qualité. Il existe un support papier de signalement d'événement indésirable. Le projet d'informatisation de cette fiche est en cours.</p> <p>L'établissement a mis en œuvre un seul système de recueil d'événements indésirables qui est coordonné entre les professionnels concernés. Le déclarant dépose la fiche de déclaration dans son unité, le responsable du service en prend connaissance et la communique au responsable qualité. Les professionnels concernés traitent collégalement la déclaration. D'autres professionnels peuvent être associés à ce traitement (médecins, direction). Si la gravité de l'incident est constaté par ces professionnels un CREX se réunit.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	En grande partie	La formation des professionnels à l'utilisation des supports de signalement tient compte de l'activité et de ses objectifs de prise en charge. Une journée de sensibilisation a été organisée par l'encadrement auprès des professionnels. Les cadres du secteur sanitaire et le responsable qualité sensibilisent les équipes à l'utilisation de la fiche de signalement. Le bulletin qualité trimestriel "Treizour" reprend régulièrement ce thème dans le but de maintenir la mobilisation des professionnels à déclarer les événements indésirables. Les nouveaux arrivants sont sensibilisés à la déclaration par l'encadrement.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	L'établissement a identifié le responsable qualité comme le professionnel formé à la hiérarchisation et à l'analyse des causes. Les membres de la cellule de gestion des risques sont formés. Compte tenu que l'ensemble des responsables des services participent à la hiérarchisation et à l'analyse des causes qui les concerne, les membres de la cellule accompagnent les responsables moins formés à ce processus.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	En grande partie	L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est structurée et participative. Elle est réalisée de façon régulière et progressive à l'échelle de l'établissement. Ce processus de hiérarchisation permet d'identifier les événements indésirables graves nécessitant une analyse des causes profondes. Cette analyse est faite en CREX selon la méthode "ALARM" en y associant les professionnels concernés. Cependant, cette démarche se limite au moment de la visite aux événements graves en lien uniquement avec le circuit du médicament.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	Oui	Des actions correctives sont identifiées en cohérence avec les analyses des causes des événements indésirables. Le bilan annuel de la cellule gestion des risques (CGR) rend compte des actions d'amélioration issues du traitement des événements indésirables. Dès que la mise en œuvre d'une action d'amélioration est réalisée, elle est hiérarchisée dans

	Oui	le fichier de suivi des événements indésirables. La coordination avec les responsables des secteurs concernés est systématique car ils sont acteurs de cette mise en œuvre.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	En grande partie	L'analyse des chutes a permis de mettre en évidence la récurrence et les causes profondes de ce type d'événement. Ce constat a donné lieu à une EPP. A partir de l'analyse des causes profondes d'événements en lien avec le circuit du médicament des actions correctives sont aussi mises en œuvre lors des CREX. Cependant, les autres événements indésirables récurrents ne font pas l'objet d'un traitement spécifique car les CREX ne se réunissent, au moment de la visite, que pour les incidents en lien avec le circuit du médicament.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	La cellule de gestion des risques et la responsable qualité mesurent l'efficacité des actions correctives par le taux de récurrence des événements indésirables en lien avec les actions correctives mises en œuvre.

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	A	
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.	A	

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



Cotation	A	
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.	Oui	

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	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place.	Oui	
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) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.	Oui	
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.	Oui	

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

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

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.	En grande partie	
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.	Partiellement	
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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

L'établissement a élaboré une procédure "de médiation" dans laquelle est déclinée le processus de saisine du médiateur et de traitement de la réclamation ou plainte, cependant le responsable chargé des relations avec les usagers n'y est pas identifié. Il existe un registre informatique d'enregistrement colligeant les plaintes et réclamations, cependant ce registre est récent puisqu'il a été mis en place à partir de 2013.

Faute de candidat, l'établissement a rencontré des difficultés pour disposer des deux représentants des usagers et l'ARS n'a pas nommé de représentant pour la CRU. Conformément aux dispositions du décret 2005-213 le directeur de l'établissement a proposé par courrier que l'ARS nomme à la CRU les deux représentants des usagers siégeant au Conseil de Surveillance (CS). Au moment de la visite, l'ARS n'avait pas répondu à ce courrier. L'absence de réponse de l'ARS équivaut à une nomination puisque la demande du directeur date de plus de deux mois. L'établissement s'est associé à la formation de ces représentants des usagers. La CRU est donc en place, cependant elle ne s'est pas réunie selon la

	Partiellement	fréquence requise de 4 réunions annuelles (décret 2005-213). Il y a eu 3 réunions de la CRU en 2010, 0 en 2011 et 2012 et 2 réunions en 2013 (11 février et 16 mai). Le règlement intérieur de la CRU existe, cependant il n'est pas conforme aux dispositions réglementaires puisqu'il précise que la CRU "se réunit 2 fois par an" alors que la fréquence minimale est de 4 réunions annuelles (cf. décret 2005-2013 et article L 1112-3 du Code de la Santé publique).
Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	Par le biais du responsable qualité, qui est membre de la CRU, le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables. Au moment de la visite le secteur sanitaire n'avait pas recensé de plainte et réclamation. Au cas où une plainte ou réclamation surviendrait, une procédure est en place et l'information transmise à la responsable qualité.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	L'établissement est en mesure de mettre en oeuvre sa procédure "de médiation" mais il n'a recensé au moment de la visite aucune réclamation sur le secteur sanitaire. Il est prévu dans cette procédure que les responsables concernés reçoivent les plaignants et établissent une fiche d'entretien qui est versée au dossier traité par le responsable concerné (directeur ou médecin). Il est prévu que le responsable informe les professionnels concernés de sa réponse au plaignant. Il en est de même des actions correctives qui seront mises en place avec les professionnels concernés. Ce dispositif est mis en oeuvre sur les autres secteurs (médico-social).
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	L'établissement a prévu un processus d'information au plaignant sur le traitement de sa réclamation ou de sa plainte incluant le rappel des modalités de mise en oeuvre du dispositif de médiation. Ce processus n'a pas pu être mis en oeuvre en raison de l'absence de plaintes et réclamations.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
<p>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.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le responsable qualité et gestion des risques est habilité à exploiter les réclamations et les plaintes afin de les mettre à disposition des membres de la CRU. Une analyse qualitative est organisée. Dans le bilan annuel de la CRU il est prévu de recenser la totalité des réclamations issues du secteur sanitaire mais la CRU ne s'est pas réunie en 2011 et 2012 en raison d'une absence d'usagers. Le plan d'action qualité et gestion des risques est prévu pour intégrer les recommandations ou actions d'amélioration issues de cette analyse.</p>

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

Cotation	B	
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.	En grande partie	
Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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.	Non	
Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.	Non	
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 œuvre.	Oui	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.	Oui	
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.	Non	

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.	Non	
Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.	Non	
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 œuvre.	Oui	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.	Oui	
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.	Non	

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.	En grande partie	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Partiellement	
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.	En grande partie	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Partiellement	
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.	Partiellement		
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.	Non	
Des actions d'amélioration, en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont menées.	Non	

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.	Partiellement	
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.	Non	
Des actions d'amélioration, en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont menées.	Non	

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.d - Court Séjour
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.

Partiellement

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 d'appréciation 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.	Non	
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		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	Partiellement	
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 d'appréciation 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.	Non	
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.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en œuvre 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.	Non	
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.).	Non	
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.	Non	

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.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en œuvre 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.	Non	
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.).	Non	
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.	Non	

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		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.	Partiellement	
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.).	Partiellement	

L'accès à des ressources d'informations diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	Oui	
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.	Partiellement	
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.).	Partiellement	

L'accès à des ressources d'informations diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	Oui	
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.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.	Partiellement	
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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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.	Partiellement	
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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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	B	
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.	En grande partie	
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.	En grande partie	
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

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

La prise en charge de la douleur constitue une priorité du projet d'établissement 2012-2016 de l'établissement.
 Cette politique est déclinée aussi bien dans le projet médical que dans le projet de soins dans les axes « soulager la douleur physique/soulager la douleur morale ». Des objectifs opérationnels et des actions sont définis.
 Elle est mise en œuvre au sein de l'établissement par le biais du groupe « ressources douleurs »
 Ce groupe est composé, en outre, de :
 - deux IDE, titulaires du DU douleurs, nommées personnes "ressources douleurs" et qui ont du temps dédié pour assurer leurs missions auprès des équipes,
 - deux 2 AS, référentes douleurs. Une fiche de poste décrivant les missions et activités et le profil recherché de la référente douleur est formalisée et validée en juin 2012 par la CSMIRT,
 - un médecin référent douleur.
 L'établissement participe à l'inter CLUD de la région.

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.	Oui	Des protocoles adaptés, issus des recommandations de bonnes pratiques, rédigés en associant les professionnels et réactualisés sont définis, pour les différentes prises en charge : - antalgiques : guide d'utilisation, - douleur : prise en charge de première intention, - douleur physique, douleur morale, des moyens existent, - questionnaire DN4, - protocole Naloxone, - douleurs abdominales. Ces protocoles, validés par la CME, sont mis à disposition des professionnels soit par le biais de logiciel de gestion documentaire, soit par le biais de documents papiers.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations/actions sont planifiées pour l'ensemble de l'établissement : - formation des nouveaux arrivants par les IDE « ressources douleurs », - sensibilisation des équipes par les IDE « ressources douleurs », - participation aux journées Inter CLUD, - participation au congrès Douleur, - formation de trois jours en intra par un organisme extérieur inscrite au plan de formation depuis 2009/2010/2011 (soit 15 agents) sur la prise en charge de la douleur, - sensibilisation au toucher/massage par le biais de la formation soins palliatifs. Des professionnels de l'établissement suivent chaque année des formations diplômantes (DU douleurs). Des documents d'information et de formation sont mis à la disposition des professionnels : en particulier la plaquette " douleur physique/douleur morale".

<p>Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Chaque patient reçoit lors de son entrée une plaquette d'information sur la douleur « Douleur physique.../Douleur morale...Des moyens existent, Parlons-en ! » en complément de l'information disponible dans le livret d'accueil.</p> <p>Lors des évaluations et lors des soins, une information adaptée est délivrée en fonction du profil du patient. Parallèlement, au cours de l'hospitalisation, en lien avec le kinésithérapeute et l'ergothérapeute, des actions éducatives sont menées ponctuellement pour que le patient trouve des positions antalgiques et apprenne les gestes adaptés.</p>
<p>La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Traçabilité de l'évaluation de la douleur" et de sa valeur de 44% avec un intervalle de confiance à 95% = [33%-55%] pour la campagne de recueil 2011.</p> <p>L'établissement a défini et mis en oeuvre un plan d'actions associé à l'indicateur, en particulier une action de sensibilisation des soignants afin que les évaluations douleurs soient notées dans le dossier patient.</p> <p>Un recueil IPAQSS hors protocole HAS réalisé en 2012 montre une amélioration significative (88%).</p>
<p>Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.</p>	<p>Oui</p>	<p>Lors des 72 premières heures d'hospitalisation, l'évaluation de la douleur est réalisée à fréquence définie. En cas d'absence de douleur, la cible douleur est fermée dans le dossier patient.</p> <p>Si une douleur est identifiée, la cible douleur est maintenue et les professionnels réévaluent les patients identifiés comme douloureux en utilisant la même échelle et notent dans le dossier de soins informatisé toute modification de traitement et une évaluation de l'efficacité de l'action est effectuée et tracée.</p>
<p>Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>A partir des échelles d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants existantes, les professionnels du groupe « ressources douleurs » ont élaboré une échelle d'évaluation simplifiée correspondant à leurs besoins et comportant cinq critères :</p>

	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - comportement agité et/ou agressif, - étude du visage, - observation du regard, - plainte orale, - localisation de la douleur. <p>Le support de traçabilité, dans le dossier patient informatisé a été adapté en conséquence.</p>
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.	En grande partie	<p>Les responsables des secteurs s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par différentes actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lors des réunions de service, des entretiens d'évaluations, - par la supervision des pratiques par les IDE « ressources douleurs ».
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	<p>L'établissement recueille l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • EPP douleur, • recueil hors protocole HAS de l'indicateur « traçabilité de l'évaluation de la douleur » en 2012, • audits des dossiers, • enquêtes de satisfaction des patients, etc.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	<p>Des actions d'amélioration de la prise en charge de la douleur sont définies et mises en œuvre au niveau du groupe « ressources douleurs » comme par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la réalisation d'une plaquette « douleurs » à l'usage des patients, - la révision des protocoles - la création d'une échelle d'évaluation douleur simplifiée pour patients non communicants, - la mise en œuvre d'une feuille de traçabilité de la douleur adaptée, etc.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement participe à des partages d'expériences par le biais de l'Inter CLUD du territoire de santé n°7.

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		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	<p>La prise en charge de la douleur constitue une priorité du projet d'établissement 2012-2016 de l'établissement.</p> <p>Cette politique est déclinée aussi bien dans le projet médical que dans le projet de soins dans les axes « soulager la douleur physique/soulager la douleur morale ». Des objectifs opérationnels et des actions sont définis.</p> <p>Elle est mise en œuvre au sein de l'établissement par le biais du groupe « ressources douleurs »</p> <p>Ce groupe est composé, en outre, de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - deux IDE, titulaires du DU douleurs, nommées personnes "ressources douleurs" et qui ont du temps dédié pour assurer leur missions auprès des équipes, - deux 2 AS, référentes douleurs. Une fiche de poste décrivant les missions et activités et le profil recherché de la référente douleur est formalisée et validée en juin 2012 par la CSMIRT, - un médecin référent douleur. <p>L'établissement participe à l'inter CLUD de la région.</p>

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.	Oui	Des protocoles adaptés, issus des recommandations de bonnes pratiques, rédigés en associant les professionnels et réactualisés sont définis, pour les différentes prises en charge : - antalgiques : guide d'utilisation, - douleur : prise en charge de première intention, - douleur physique, douleur morale, des moyens existent, - questionnaire DN4, - protocole Naloxone, - douleurs abdominales. Ces protocoles, validés par la CME, sont mis à disposition des professionnels soit par le biais de logiciel de gestion documentaire, soit par le biais de documents papiers.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations/actions sont planifiées pour l'ensemble de l'établissement : - formation des nouveaux arrivants par les IDE « ressources douleurs », - sensibilisation des équipes par les IDE « ressources douleurs », - participation aux journées Inter CLUD, - participation au congrès Douleur, - formation de trois jours en intra par un organisme extérieur inscrite au plan de formation depuis 2009/2010/2011 (soit 15 agents) sur la prise en charge de la douleur, - sensibilisation au toucher/massage par le biais de la formation soins palliatifs. Des professionnels de l'établissement suivent chaque année des formations diplômantes (DU Douleurs). Des documents d'information et de formation sont mis à la disposition des professionnels : en particulier la plaquette « douleur physique/douleur morale).

<p>Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Chaque patient reçoit lors de son entrée une plaquette d'information sur la douleur « Douleur physique.../Douleur morale...Des moyens existent, Parlons-en ! » en complément de l'information disponible dans le livret d'accueil.</p> <p>Lors des évaluations et lors des soins, une information adaptée est délivrée en fonction du profil du patient. Parallèlement, au cours de l'hospitalisation, en lien avec le kinésithérapeute et l'ergothérapeute, des actions éducatives sont menées pour que le patient trouve des positions antalgiques et apprenne les gestes adaptés.</p>
<p>La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Traçabilité de l'évaluation de la douleur" et de sa valeur de 75% avec un intervalle de confiance à 95% =[63%-86%] pour la campagne de recueil 2011.</p>
<p>Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.</p>	<p>Oui</p>	<p>Lors des 72 premières heures d'hospitalisation, l'évaluation de la douleur est réalisée à fréquence définie. En cas d'absence de douleur, la cible douleur est fermée dans le dossier patient. Si une douleur est identifiée, la cible douleur est maintenue et les professionnels réévaluent les patients identifiés comme douloureux en utilisant la même échelle et notent dans le dossier de soins informatisé toute modification de traitement et une évaluation de l'efficacité de l'action est effectuée et tracée.</p>
<p>Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>A partir des échelles d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants existantes, les professionnels du groupe « ressources douleurs » ont élaboré une échelle d'évaluation simplifiée correspondant à leurs besoins et comportant cinq critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> - comportement agité et/ou agressif, - étude du visage, - observation du regard, - plainte orale, - localisation de la douleur. <p>Le support de traçabilité, dans le dossier patient informatisé</p>

	Oui	a été adapté en conséquence.
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 responsables des secteurs s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par différentes actions : - lors des réunions de service, des entretiens d'évaluations, - par la supervision des pratiques par les IDE « ressources douleurs ».
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 : • EPP douleur, • recueil hors protocole HAS de l'indicateur « traçabilité de l'évaluation de la douleur » en 2012, • audits des dossiers, • enquêtes de satisfaction des patients, etc.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration de la prise en charge de la douleur sont définies au niveau du groupe « ressources douleurs » comme par exemple : - la réalisation d'une plaquette « douleurs » à l'usage des patients, - la révision des protocoles, - la création d'une échelle d'évaluation douleur simplifiée pour patients non communicants, - la mise en œuvre d'une feuille de traçabilité de la douleur adaptée, etc.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement participe à des partages d'expériences par le biais de l'Inter CLUD du territoire de santé n°7.

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'établissement s'est organisé pour assurer la prise en charge des patients dont l'état justifie la mise en place d'une démarche palliative. Depuis 2010, le service de médecine a reçu l'agrément pour deux lits identifiés soins palliatifs (LISP). Un médecin intervenant au sein de la structure est titulaire d'un DU soins palliatifs. Une IDE ressource soins palliatifs est identifiée, actuellement elle est en cours d'obtention du DU soins palliatifs. Des staffs soins palliatifs sont en place depuis 2011. Un rapport d'activité est réalisé annuellement. Des conventions sont signées avec l'équipe du réseau soins palliatifs du territoire (Résopallia) et avec l'association d'accompagnement bénévole JALMAV.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	L'établissement a défini les modalités de recueil de la volonté du patient et de la conservation des directives anticipées. Un document « La personne de confiance, ce que vous devez savoir », explicitant le rôle de la personne de confiance et les modalités de désignation est remis au patient au début

	Oui	de son hospitalisation ainsi qu'un formulaire de recueil. La macro-cible d'entrée contient les éventuels souhaits du patient et les directives anticipées sont conservées dans le dossier du patient.
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	Par le biais du livret d'accueil, les patients sont informés de leurs droits concernant la personne de confiance, les directives anticipées et le respect de sa volonté et le consentement aux soins. Un document « La personne de confiance, ce que vous devez savoir », explicitant le rôle de la personne de confiance et les modalités de désignation est remis au patient au début de son hospitalisation. En parallèle, deux documents d'informations sur les directives anticipées, l'un à destination des patients, le deuxième à destination des équipes hospitalières sont disponibles, au sein des services.
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.	En grande partie	Des projets de prise en charge individuelle pluriprofessionnels sont établis, favorisant une réévaluation régulière des stratégies de soins envisagées et la mise en oeuvre éventuelle d'un soutien de l'entourage et des professionnels. Cependant, la traçabilité de ces projets dans le dossier du patient n'est pas exhaustive. En cas de situations complexes, des staffs soins palliatifs sont organisés. Ces staffs font l'objet de compte-rendu que l'on retrouve dans le dossier du patient concerné.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	L'établissement a inscrit dans son plan de formation annuelle des formations diplômantes de type DU soins palliatifs ainsi que des formations « Accompagnement de fin de vie et familles endeuillées » ayant comme thématique la démarche palliative. Lors de la visite : - un médecin est titulaire du DU soins palliatifs - une IDE est inscrite au DU soins palliatifs,

	Oui	- une IDE est inscrite au DU éthique.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des staffs soins palliatifs sont organisés environ tous les quinze jours/trois semaines, en présence du médecin coordonnateur, du médecin titulaire du DU soins palliatifs, du médecin référent du patient, du CSS, du CS et de l'IDE et AS du service concerné ainsi que de l'IDE référente soins palliatifs et de la psychologue. Ces staffs font l'objet d'un compte-rendu où les décisions sont tracées.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	Oui	Des actions de soutien sont mises en place afin d'éviter l'épuisement professionnel ou la souffrance morale des soignants : réunions de débriefing, soutien collectif ou entretien individuel avec la psychologue.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Par le biais des formations sur l'accompagnement des patients en fin de vie, inscrites annuellement au plan de formation, les professionnels sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients en fin de vie. Un médecin est titulaire d'un DU soins palliatifs, une IDE suit actuellement le cursus du DU soins palliatif. Des supports d'informations sont mis à disposition des professionnels (personne de confiance, directives anticipées).
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Il existe une convention avec l'association d'accompagnement et de leurs bénévoles JALMAV. Des bénévoles de cette association interviennent auprès des patients à périodicité définie en accord avec ces derniers.
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	La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluri professionnelle dans le cadre du staff soins palliatifs. Cependant, aucune évaluation globale n'est en place en lien avec les structures concernées.

	Partiellement	L'établissement est en train de formaliser une convention avec l'espace de réflexion d'éthique de Saint Briec.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	En l'absence, en son sein de secteur d'activité pour prise en charge aigue de patients sur des secteurs d'activité comme l'hémodialyse, la réanimation, la cancérologie ... où l'on peut être amené à mettre en place une réflexion sur la limitation ou l'arrêt des traitements à visée curative, l'établissement est peu confronté à ce genre de décisions. Si une telle situation vient à se présenter, une réflexion est conduite au sein d'un staff soins palliatifs en présence des personnes concernées et en demandant éventuellement l'intervention de l'espace de réflexion éthique de Saint Briec.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	Des actions d'amélioration sont mises en œuvre : - mise en place de staffs soins palliatifs, - intégration de ce staff dans une structure éthique avec formalisation d'une charte de fonctionnement, - formalisation d'une convention avec l'espace de réflexion éthique de Saint Briec.

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'établissement s'est organisé pour assurer la prise en charge des patients dont l'état justifie la mise en place d'une démarche palliative.
Depuis 2010, le service de médecine a l'agrément pour deux lits identifiés soins palliatifs (LISP).
Un médecin intervenant au sein de la structure est titulaire d'un DU soins palliatifs. Une IDE ressource soins palliatifs est identifiée, actuellement elle est en cours d'obtention du DU soins palliatifs.
Des staffs soins palliatifs sont en place depuis 2011. Un rapport d'activité est réalisé annuellement.
Des conventions sont signées avec l'équipe du réseau soins palliatifs du territoire (Résopallia) et avec l'association d'accompagnement bénévole JALMAV.

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

Oui

L'établissement a défini les modalités de recueil de la volonté du patient et de la conservation des directives anticipées.
Un document « La personne de confiance, ce que vous devez savoir », explicitant le rôle de la personne de confiance et les modalités de désignation est remis au patient au début

	Oui	de son hospitalisation ainsi qu'un formulaire de recueil. La macro-cible d'entrée contient les éventuels souhaits du patient et les directives anticipées sont conservées dans le dossier du patient.
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	Par le biais du livret d'accueil, les patients sont informés de leurs droits concernant la personne de confiance, les directives anticipées et le respect de sa volonté et le consentement aux soins. Un document « La personne de confiance, ce que vous devez savoir », explicitant le rôle de la personne de confiance et les modalités de désignation est remis au patient au début de son hospitalisation. En parallèle, deux documents d'informations sur les directives anticipées, l'un à destination des patients, le deuxième à destination des équipes hospitalières sont disponibles, au sein des services.
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.	En grande partie	Des projets de prise en charge individuelle pluriprofessionnels sont établis, favorisant une réévaluation régulière des stratégies de soins envisagées et la mise en oeuvre éventuelle d'un soutien de l'entourage et des professionnels. Cependant, la traçabilité de ces projets dans le dossier du patient n'est pas exhaustive. En cas de situations complexes, des staffs soins palliatifs sont organisés. Ces staffs font l'objet de compte-rendu que l'on retrouve dans le dossier du patient concerné.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	L'établissement a inscrit dans son plan de formation annuelle des formations diplômantes de type DU soins palliatifs ainsi que des formations « Accompagnement de fin de vie et familles endeuillées » ayant comme thématique la démarche palliative. Lors de la visite : - un médecin est titulaire du DU soins palliatifs - une IDE est inscrite au DU soins palliatifs,

	Oui	- une IDE est inscrite au DU éthique.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des staffs soins palliatifs sont organisés environ tous les quinze jours/trois semaines, en présence du médecin coordonnateur, du médecin titulaire du DU soins palliatifs, du médecin référent du patient, du CSS, du CS et de l'IDE et AS du service concerné ainsi que de l'IDE référente soins palliatifs et de la psychologue. Ces staffs font l'objet de compte-rendu où les décisions sont tracées.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	Oui	Des actions de soutien sont mises en place afin d'éviter l'épuisement professionnel ou la souffrance morale des soignants : réunions de débriefing, soutien collectif ou entretien individuel avec la psychologue.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Par le biais des formations sur l'accompagnement des patients en fin de vie, inscrites annuellement au plan de formation, les professionnels sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients en fin de vie. Un médecin est titulaire d'un DU soins palliatifs, une IDE suit actuellement le cursus du DU soins palliatif. Des supports d'informations sont mis à disposition des professionnels (personne de confiance, directives anticipées).
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Il existe une convention avec l'association d'accompagnement et de leurs bénévoles JALMAV. Des bénévoles de cette association interviennent auprès des patients à périodicité définie en accord avec ces derniers.
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	La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluri professionnelle dans le cadre du staff soins palliatifs. Cependant, aucune évaluation globale n'est en place en lien avec les structures concernées.

	Partiellement	L'établissement est en train de formaliser une convention avec l'espace de réflexion d'éthique de Saint Briec.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	En l'absence, en son sein de secteur d'activité pour prise en charge aigue de patients sur des secteurs d'activité comme l'hémodialyse, la réanimation, la cancérologie ...où l'on peut être amené à mettre en place une réflexion sur la limitation ou l'arrêt des traitements à visée curative, l'établissement est peu confronté à ce genre de décisions. Si une telle situation vient à se présenter, une réflexion est conduite au sein d'un staff soins palliatifs en présence des personnes concernées et en demandant éventuellement l'intervention de l'espace de réflexion éthique de Saint Briec.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	Des actions d'amélioration sont mises en œuvre : - mise en place de staffs soins palliatifs, - intégration de ce staff dans une structure éthique avec formalisation d'une charte de fonctionnement, - formalisation d'une convention avec l'espace de réflexion éthique de Saint Briec.

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	En grande partie	<p>Une procédure définissant les modalités de saisie de l'identité du patient existe à la fois sur le dossier administratif papier et sur le logiciel administratif spécifique. C'est le professionnel du bureau des entrées qui en est responsable. La saisie de l'identité s'intègre automatiquement dans le logiciel du dossier patient. Un protocole permettant au personnel soignant de réaliser une entrée du patient en dehors des heures d'ouverture du bureau des entrées existe. Ce protocole définit les droits limités des soignants. Une procédure définit la composition et les règles de tenue du dossier de soins informatisé du patient. Ces règles sont connues et accessibles. Les règles d'archivage sont connues et appliquées. Cependant, la charte informatique déclinant les règles d'utilisation des professionnels internes et externes n'est pas connue de l'ensemble des professionnels.</p>	

<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les règles d'accès au dossier patient informatisé sont définies dans le guide du dossier. Ce guide est accessible pour les professionnels. Un processus d'information des professionnels est en place. Cependant, tous les utilisateurs internes et les utilisateurs externes du DPI n'ont pas eu connaissance de la charte informatique de l'établissement et ils ne signent pas d'engagement en lien avec le respect de cette charte lors de la mise en place de leurs droits à utiliser le dossier patient informatisé.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Compte tenu de la valeur moyenne de l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 65 avec un intervalle de confiance à 95% =[61 - 69] pour la campagne de recueil 2011. L'établissement a procédé en 2012 à un audit "Tenue du dossier patient" hors protocole qui montre une amélioration en portant la moyenne de l'indicateur à 79 mais encore en dessous du seuil de 80. La notion de temps utile est définie par l'établissement pour chacun des professionnels. Elle est adaptée sous la forme de "check list" en fonction de la prise en charge MCO.</p>
<p>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.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le dossier est partagé entre les professionnels en fonction de leurs droits conformément aux règles de compétences de chacun d'eux et fixées par l'éditeur du DPI, choisi par l'établissement. Pour les correspondants externes un courrier et une ordonnance de sortie sont réalisées. Les médecins libéraux autorisés ont accès à distance au dossier informatisé des patients. Les modalités de communication et d'utilisation de ce dossier informatique sont formalisées dans un guide accessible dans l'unité de soins et fourni par l'éditeur. Cependant les règles d'accessibilité et de confidentialité sur la communication des éléments du dossier ne sont pas formalisées par un document individualisé actant de la prise de connaissance des règles d'utilisation et de l'engagement des professionnels à respecter la charte informatique de l'établissement.</p>

	En grande partie	Le courrier de fin d'hospitalisation comprend les éléments nécessaires à la coordination en aval et est envoyé dans un délai inférieur ou égal à 8 jours dans 73% des cas (20% en 2011). Le dossier informatisé est DMP compatible et pourrait être intégré à la demande du patient. Cependant, le DMP n'a pas encore été mis en place par l'ARS Bretagne pour les établissements de santé du territoire n° 7, ce que confirme la valeur de l'indicateur hôpital numérique associé en référence au seuil de progression.
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 QUALHAS « Tenue du dossier patient ». Il a mis en œuvre en 2012 une nouvelle évaluation de cet indicateur en dehors du protocole HAS sur un échantillonnage plus réduit 30. Il a également recueilli les indicateurs hôpital numérique associés au moment de la visite.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	En grande partie	L'évaluation de l'indicateur « Tenue du dossier patient » de 2011 avait mis en évidence des taux de non conformités qui ont amené des actions correctives des professionnels concernés. L'évaluation hors protocole de cet indicateur en 2012 a permis de régler ces non conformités à l'exception du taux de présence dans le dossier de "l'examen médical d'entrée" qui passe de 35% à 47% ainsi que le taux de présence dans le dossier du "compte-rendu d'hospitalisation" qui passe de 20% à 73%.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	En grande partie	<p>Une procédure définissant les modalités de saisie de l'identité du patient existe à la fois sur le dossier administratif papier et sur le logiciel administratif spécifique. C'est le professionnel du bureau des entrées qui en est responsable. La saisie de l'identité s'intègre automatiquement dans le logiciel du dossier patient. Un protocole permettant au personnel soignant de réaliser une entrée de patient en dehors des heures d'ouverture du bureau des entrées existe. Ce protocole définit les droits limités des soignants. Une procédure définit la composition et les règles de tenue du dossier de soins informatisé du patient. Ces règles sont connues et accessibles. Les règles d'archivage sont connues et appliquées. Cependant, la charte informatique déclinant les règles d'utilisation des professionnels internes et externes n'est pas connue de l'ensemble des professionnels.</p>	
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et	En grande partie	<p>Les règles d'accès au dossier patient informatisé sont définies dans le guide du dossier. Ce guide est accessible pour les professionnels. Un processus d'information des professionnels est en place. Cependant, tous les utilisateurs</p>	

diffusées.	En grande partie	internes et les utilisateurs externes du DPI n'ont pas eu connaissance de la charte informatique de l'établissement et ils ne signent pas d'engagement en lien avec le respect de cette charte lors de la mise en place de leur droits à utiliser le dossier patient informatisé.
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 valeur moyenne de l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 48 avec un intervalle de confiance à 95% =[45 - 50] pour la campagne de recueil 2011. L'établissement a procédé en 2012 à un audit "Tenue du dossier patient" hors protocole qui montre une amélioration en portant la moyenne de l'indicateur à 81. La notion de temps utile est définie par l'établissement pour chacun des professionnels. Elle est adaptée sous la forme de "check list" en fonction de la prise en charge.
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 est partagé entre les professionnels en fonction de leurs droits conformément aux règles de compétences de chacun d'eux et fixées par l'éditeur du DPI, choisi par l'établissement. Pour les correspondants externes un courrier et une ordonnance de sortie sont réalisées. Les médecins libéraux autorisés ont accès à distance au dossier informatisé des patients. Les modalités de communication et d'utilisation de ce dossier informatique sont formalisées dans un guide accessible dans l'unité de soins et fourni par l'éditeur. Cependant, les règles d'accessibilité et de confidentialité sur la communication des éléments du dossier ne sont pas formalisées par un document individualisé actant de la prise de connaissance des règles d'utilisation et de l'engagement des professionnels à respecter la charte informatique de l'établissement. Le courrier de fin d'hospitalisation comprend les éléments nécessaires à la coordination en aval et est envoyé dans un délai inférieur ou égal à 8 jours dans 68% des cas (25% en 2011). Le dossier informatisé est DMP compatible et pourrait être

	En grande partie	intégré à la demande du patient. Cependant, le DMP n'a pas encore été mis en place par l'ARS Bretagne pour les établissements de santé du territoire n° 7, ce que confirme la valeur de l'indicateur hôpital numérique associé en référence au seuil de progression.
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 QUALHAS « Tenue du dossier patient ». Il a mis en œuvre en 2012 une nouvelle évaluation de cet indicateur en dehors du protocole HAS sur un échantillonnage plus réduit 30. Il a également recueilli les indicateurs hôpital numérique associés au moment de la visite.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	En grande partie	L'évaluation de l'indicateur « Tenue du dossier patient » de 2011 avait mis en évidence des taux de non conformités qui ont amené des actions correctives des professionnels concernés. L'évaluation hors protocole de cet indicateur en 2012 a permis de régler ces non conformités à l'exception du taux de présence dans le dossier de "l'examen médical d'entrée" qui passe de 18% à 32% ainsi que le taux de présence dans le dossier du "compte-rendu d'hospitalisation" qui passe de 25% à 68%.

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'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités standards d'accès au dossier, ainsi que les modalités spécifiques d'accès (ayants droit) sont définies par une procédure. Cette procédure est diffusée et accessible aux professionnels concernés.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les patients sont informés de leurs droits d'accès à leur dossier par le livret d'accueil, document qui leur est remis lors de l'admission. La charte du patient, affichée dans le service, permet aussi de diffuser cette information.

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

Oui

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation. Le directeur est identifié comme la personne référente pour assurer l'accès du patient à son dossier. L'établissement dispose d'un indicateur de suivi des délais de transmission du dossier.

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	La procédure a été modifiée pour optimiser la traçabilité des demandes de transmission de dossiers. Cependant, selon l'établissement, les demandes de transmissions de dossier sur le secteur sanitaire sont rares, ce qui a limité les possibilités d'évaluation et donc de mise en œuvre d'actions d'amélioration.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Partiellement	La CRU ne s'étant pas réuni en 2011-2012 et qu'à deux reprises en 2013, les représentants des usagers ainsi que la CRU ont reçu que peu d'information concernant le nombre de demandes, les délais de transmission et le suivi des actions d'amélioration.

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'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités standards d'accès au dossier, ainsi que les modalités spécifiques d'accès (ayants droit) sont définies par une procédure. Cette procédure est diffusée et accessible aux professionnels concernés.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les patients sont informés de leurs droits d'accès à leur dossier par le livret d'accueil, document qui leur est remis lors de l'admission. La charte du patient, affichée dans le service, permet aussi de diffuser cette information.

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

Oui

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation. Le directeur est identifié comme la personne référente pour assurer l'accès du patient à son dossier. L'établissement dispose d'un indicateur de suivi des délais de transmission du dossier.

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	La procédure a été modifiée pour optimiser la traçabilité des demandes de transmission de dossiers. Cependant, selon l'établissement, les demandes de transmissions de dossier sur le secteur sanitaire sont rares; ce qui a limité les possibilités d'évaluation et donc de mise en œuvre d'actions d'amélioration.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Partiellement	La CRU ne s'étant pas réuni en 2011-2012 et qu'à deux reprises en 2013, les représentants des usagers ainsi que la CRU ont reçu que peu d'information concernant le nombre de demandes, les délais de transmission et le suivi des actions d'amélioration.

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.

En grande partie

Une organisation pour garantir la fiabilité de l'identification du patient est formalisée. Cette organisation est déclinée dans le livret d'accueil et dans le règlement intérieur de la cellule de gestion des risques (CGR) validée en mars 2013. Les objectifs en matière d'identification, propres aux secteurs administratifs et aux secteurs cliniques du SSR et MCO, ont été actualisés et précisés en 2013 (procédure utilisation logiciel pour l'agent administratif, le personnel infirmier et l'encadrement). Des améliorations sur le processus informatique sont recherchés (sécurisation de l'identité sur étiquette laboratoire). La CGR s'est réunie à deux reprises en 2013 (27 juin 2013 et 11 octobre 2013) pour coordonner ses actions et en évoquer d'autres comme la pose du bracelet d'identification, le recensement des événements indésirables (EI) et la sécurisation des données identitaires des patients entre l'établissement et le laboratoire. Les instances CME, CSIMRT et le staff éthique ont été impliqués en octobre 2013 dans l'approche de ce risque.
Cependant, cette organisation est récente (2012). La

En grande partie		<p>fréquence des réunions de la CGR (2 en 2013) ne respecte pas son règlement intérieur qui précise la tenue tous les trimestres d'une réunion sur le thème du risque identitaire. Cette organisation n'est pas coordonnée avec le plan d'amélioration qualité et sécurité des soins. Par exemple l'identitovigilance n'est pas déclinée comme une vigilance et dans ses bilans annuels de 2011 et 2012, la CGR n'identifie pas dans ses points "à conforter" ou "à initier" d'actions d'amélioration sur ce risque. La CREX, via les événements indésirables, n'a pas recensée d'EI en lien avec l'identitovigilance en 2011 mais en a identifié deux en 2012 issus du secteur médico social (bilan CGR 2011 et 2012). Les risques a priori sur l'identitovigilance en lien avec les spécificités des prises en charge de l'établissement ne sont pas identifiés. Les missions et responsabilités des acteurs clefs bien que identifiées ne sont pas formalisée vis à vis de l'identitovigilance. L'établissement ne dispose pas d'indicateurs internes ou de comparaison entre établissements de même type vis à vis de ce risque et les outils d'analyses se limite aux deux EI de 2012 en lien avec le circuit du médicament.</p> <p>Toutes les applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI sont connectées à un référentiel unique d'identités des patients. L'INS est intégrée dans le référentiel unique d'identités des patients. Bien que la cellule d'identitovigilance existe, elle n'est pas totalement opérationnelle. Ce que confirme la valeur de l'indicateur hôpital numérique associé en référence au seuil de progression au moment.</p> <p>Du fait de sa prise en charge spécifique SSR et MCO et de sa petite taille (30 lits) le risque que l'établissement soit confronté à la gestion des situations particulières (identification provisoire ou enregistrement au secret) est rare et n'a pas été considéré comme prioritaire dans la gestion des risques.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

<p>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.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le personnel en charge de la saisie de l'identité a suivi une formation pour l'utilisation du logiciel administratif du dossier patient. Le personnel soignant est sensibilisé par l'encadrement aux méthodes de saisie et de vérification de l'identité. Le personnel soignant dispose d'une procédure permettant de saisir l'identité du patient sur le logiciel informatisé en cas d'absence du personnel administratif dédié. Le guide du dossier patient tout comme le livret d'accueil reprennent ce sujet. Ces documents précisent les précautions que doivent mettre en œuvre les professionnels. Cependant, il n'y a pas sur l'établissement de personnel référent formé aux précautions à prendre pour sécuriser l'identité. Le plan de formation des personnels administratifs et soignants n'a pas intégré ces dernières années de formation sur ce thème et il n'en prévoit pas en 2013.</p>
<p>Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le personnel administratif dispose d'une procédure de saisie de l'identité. En cas d'absence du personnel administratif dédié, le personnel soignant dispose d'une procédure lui permettant de saisir l'identité du patient sur le logiciel administratif. Cependant, il n'a pas été mis en œuvre de procédure dégradée pour le personnel administratif et soignant en cas de doute sur l'identité ou de conduite à tenir en cas de pièces manquantes garantissant l'identité (pièce d'identité par exemple).</p>
<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.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le personnel soignant est sensibilisé par l'encadrement aux méthodes de saisie et de vérification de l'identité. Les fiches d'activités des actes de soins comprennent la vérification de l'identité. Cependant, cette vérification n'est pas tracée. Par ailleurs, au cours de la visite un personnel infirmier a indiqué que l'étiquetage des tubes de prélèvements était fait avant prélèvement contrairement à ce que indique la procédure.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>

<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient en lien avec son séjour est suivie et corrigée par le prestataire externe en charge du PMSI (SIB). L'établissement a recueilli les indicateurs hôpital numérique associés au moment de la visite. L'évaluation de la fiabilité de l'identification à toutes les étapes de la prise en charge (administrative et soignante) se fait par l'analyse des événements indésirables mais le secteur sanitaire administratif et soignant n'a pas déclaré d'événements indésirables dans ce sens ce qui ne permet pas de mener une évaluation complète de la fiabilité. Il n'y a pas eu d'audit interne sur ce sujet. Il n'a pas été évoqué de plan d'action ou de programme issus d'une évaluation lors le deux réunions 2013 de la cellule qualité et gestion des risques (CGR) portant sur l'identitovigilance.</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.

En grande partie

Une organisation pour garantir la fiabilité de l'identification du patient est formalisée. Cette organisation est déclinée dans le livret d'accueil et dans le règlement intérieur de la cellule de gestion des risques (CGR) validée en mars 2013. Les objectifs en matière d'identification, propres aux secteurs administratifs et aux secteurs cliniques du SSR et MCO, ont été actualisés et précisés en 2013 (procédure utilisation logiciel pour l'agent administratif, le personnel infirmier et l'encadrement). Des améliorations sur le processus informatique sont recherchés (sécurisation de l'identité sur étiquette laboratoire). La CGR s'est réunie à deux reprises en 2013 (27 juin 2013 et 11 octobre 2013) pour coordonner ses actions et en évoquer d'autres comme la pose du bracelet d'identification, le recensement des événements indésirables (EI) et la sécurisation des données identitaires des patients entre l'établissement et le laboratoire. Les instances CME, CSIMRT et le staff éthique ont été impliqués en octobre 2013 dans l'approche de ce risque.
Cependant, cette organisation est récente (2012). La

En grande partie		<p>fréquence des réunions de la CGR (2 en 2013) ne respecte pas son règlement intérieur qui précise la tenue tous les trimestres d'une réunion sur le thème du risque identitaire. Cette organisation n'est pas coordonnée avec le plan d'amélioration qualité et sécurité des soins. Par exemple l'identitovigilance n'est pas déclinée comme une vigilance et dans ses bilans annuels de 2011 et 2012, la CGR n'identifie pas dans ses points "à conforter" ou "à initier" d'actions d'amélioration sur ce risque. La CREX, via les événements indésirables, n'a pas recensée d'EI en lien avec l'identitovigilance en 2011 mais en a identifié deux en 2012 issus du secteur médico social (bilan CGR 2011 et 2012). Les risques a priori sur l'identitovigilance en lien avec les spécificités des prises en charge de l'établissement ne sont pas identifiés. Les missions et responsabilités des acteurs clefs bien que identifiées ne sont pas formalisée vis à vis de l'identitovigilance. L'établissement ne dispose pas d'indicateurs internes ou de comparaison entre établissements de même type vis à vis de ce risque et les outils d'analyses se limite aux deux EI de 2012 en lien avec le circuit du médicament.</p> <p>Toutes les applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI sont connectées à un référentiel unique d'identités des patients. L'INS est intégrée dans le référentiel unique d'identités des patients. Bien que la cellule d'identitovigilance existe, elle n'est pas totalement opérationnelle. Ce que confirme la valeur de l'indicateur hôpital numérique associé en référence au seuil de progression au moment.</p> <p>Du fait de sa prise en charge spécifique SSR et MCO et de sa petite taille (30 lits) le risque que l'établissement soit confronté à la gestion des situations particulières (identification provisoire ou enregistrement au secret) est rare et n'a pas été considéré comme prioritaire dans la gestion des risques.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

<p>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.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le personnel en charge de la saisie de l'identité a suivi une formation pour l'utilisation du logiciel administratif du dossier patient. Le personnel soignant est sensibilisé par l'encadrement aux méthodes de saisie et de vérification de l'identité. Le personnel soignant dispose d'une procédure permettant de saisir l'identité du patient sur le logiciel informatisé en cas d'absence du personnel administratif dédié. Le guide du dossier patient tout comme le livret d'accueil reprennent ce sujet. Ces documents précisent les précautions que doivent mettre en œuvre les professionnels. Cependant, il n'y a pas sur l'établissement de personnel référent formé aux précautions à prendre pour sécuriser l'identité. Le plan de formation des personnels administratifs et soignants n'a pas intégré ces dernières années de formation sur ce thème et il n'en prévoit pas en 2013.</p>
<p>Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le personnel administratif dispose d'une procédure de saisie de l'identité. En cas d'absence du personnel administratif dédié, le personnel soignant dispose d'une procédure lui permettant de saisir l'identité du patient sur le logiciel administratif informatisé. Cependant, il n'a pas été mis en œuvre de procédure dégradée pour le personnel administratif et soignant en cas de doute sur l'identité ou de conduite à tenir en cas de pièces manquantes garantissant l'identité (pièce d'identité par exemple).</p>
<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.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le personnel soignant est sensibilisé par l'encadrement aux méthodes de saisie et de vérification de l'identité. Les fiches d'activités des actes de soins comprennent la vérification de l'identité. Cependant, cette vérification n'est pas tracée. Par ailleurs, au cours de la visite un personnel infirmier a indiqué que l'étiquetage des tubes de prélèvements était fait avant prélèvement contrairement à ce que indique la procédure.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>

<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient en lien avec son séjour est suivi et corrigée par le prestataire externe en charge du PMSI (SIB). L'évaluation de la fiabilité de l'identification à toutes les étapes de la prise en charge (administrative et soignante) se fait par l'analyse des évènements indésirables mais le secteur sanitaire administratif et soignant n'a pas déclaré d'évènements indésirables dans ce sens ce qui ne permet pas de mener une évaluation complète de la fiabilité. Il n'y a pas eu d'audit interne sur ce sujet. Il n'a pas été évoqué de plan d'action ou de programme issus d'une évaluation lors des deux réunions 2013 de la cellule qualité et gestion des risques (CGR) portant sur l'identitovigilance.</p> <p>A noter que l'établissement a recueilli les indicateurs hôpital numérique associés au moment de la visite.</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.

Oui

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

En grande partie

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.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre 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		
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.	Oui	
Des dispositions sont prises afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	En grande partie	
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.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec la CRU.	En grande partie	

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		
	A	
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément d'appréciation n'est pas applicable.
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).	En grande partie	

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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites, afin de 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 - Soins de suite et/ou de réadaptation

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

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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément d'appréciation n'est pas applicable.
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).	En grande partie	

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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites, afin de 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		NA
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge somatique est formalisé.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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'informations 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 afin d'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 événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	Partiellement	

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.	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'informations 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 afin d'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 événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	Partiellement	

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.	En grande partie	
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 œuvre.	En grande partie	

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.	En grande partie	
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 œuvre.	En grande partie	

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		A	
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.	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 - 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.	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.	En grande partie	

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	NA	
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.	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.	En grande partie	

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.	Partiellement	

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	NA	
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		
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.	Oui	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 50% avec un intervalle de confiance à 95% = [39%-61%] pour la campagne de recueil 2011.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels". Il n'a pas mis en oeuvre 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.	Oui	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 29% avec un intervalle de confiance à 95% = [17%-41%] pour la campagne de recueil 2011.

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

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	B	
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.	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.	Non	
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.	En grande partie	
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	B	
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.	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.	En grande partie	
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 œuvre.	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 d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient est un axe prioritaire pour l'établissement, mais lors de la visite il n'existe pas de politique formalisée comportant des objectifs précis et des indicateurs de suivi.

La pharmacie est en GCS avec un établissement voisin.

Un responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse (PCEM) a été désigné par la CME en date du 6 février 2013. Les missions et responsabilités qui lui sont dédiées ont été formalisées dans une fiche de poste, validée en février 2013 par le Directeur de l'établissement et la CME et se déclinent en quatre axes :

- piloter la démarche qualité/sécurité de la PECM,
- organiser le système d'assurance qualité de la PECM,
- être le garant de la gestion des risques de la PECM,
- développer la formation et la culture qualité/sécurité relatives à la PECM.

Le manuel assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse a été rédigé en septembre 2013 dans le cadre du GCS et comprend un programme de la prise en

	En grande partie	charge médicamenteuse pour la période 2012-2016. Dans ce programme d'amélioration sont définis les responsables des actions, les échéances souhaitées et le suivi du projet. La cartographie des risques du circuit du médicament est établie, mais les axes d'amélioration ne sont pas encore priorités et déclinés dans un plan d'actions. Sécuriser le circuit du médicament et améliorer la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé sont des axes du projet médical d'établissement 2012-2016.
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, intégré au schéma directeur du système d'information, est défini. Le circuit du médicament est entièrement informatisé depuis 2009.
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.	Oui	Les professionnels disposent d'aide d'outils à la prescription et à l'administration. Ces outils sont soit intégrés à la gestion documentaire informatisée, soit inclus dans le logiciel informatique de prescription/administration, où divers outils sont disponibles : alertes interactions, évaluation bénéfice/risques, alerte allergie, précautions particulières pour l'administration. Les professionnels ont par ailleurs accès à la base de données Claude Bernard informatique et au Vidal en format papier ainsi qu'au livret thérapeutique de l'établissement, réactualisé annuellement et à des protocoles validés et actualisés : - analyse de la prescription/délivrance globale et nominative, - administration, - prescription et dispensation des stupéfiants, - prescription et administration du potassium, - nouveaux anticoagulants oraux, - bon usage des solutions buvables, - bon usage des insulines, - guide d'utilisation des injectables, etc.
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	Des actions de formation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses, y compris associées à l'informatisation, ont été réalisées en 2011 et 2013 par un organisme extérieur. L'encadrement assure une sensibilisation régulière auprès des équipes. Le bulletin qualité/risques sensibilise également le personnel à l'importance des déclarations d'évènements indésirables. Un CREX « Circuit du médicament » incluant des professionnels de terrain est en place depuis 2011. Quatre réunions ont eu lieu en 2012, une en 2013. Dans le cadre de la semaine "Sécurité du patient" en 2012, une action avec un questionnaire à destination des IDE et des AS a été menée. Pour la semaine qualité 2013, une communication sur le circuit de l'erreur médicamenteuse : de la déclaration par le biais de la fiche d'évènements indésirables à la mise en œuvre d'actions suite aux analyses des dysfonctionnements à destination des professionnels est organisée par la responsable qualité. Une préparatrice en pharmacie est identifiée comme référente pharmacie pour le service de médecine.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prescription est en place dans le secteur de médecine, ce que confirme la valeur de l'indicateur hôpital numérique en référence au seuil de progression.
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	Un suivi des indicateurs qualitatifs et quantitatifs cités ci-dessous est réalisé : - consommation des antibiotiques, - consommation des antalgiques, - suivi des ATU, - suivi des molécules onéreuses, - utilisation des psychotropes, - nombre d'ordonnances validées, - comparatif relatif à l'utilisation des médicaments au

	Oui	regard des recommandations spécifiques de l'ANSM. L'établissement a recueilli l'indicateur numérique associé au moment de la visite. Il n'est pas soumis au CBUM.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil des erreurs médicamenteuses est réalisé à l'aide de la fiche de déclaration des événements indésirables. Ces fiches sont examinées en cellule de gestion des risques, instance qui se réunit une à deux fois par mois. Dans un deuxième temps, certaines fiches font l'objet d'une analyse lors d'un CREX médicament, en fonction de leur gravité ou de leur fréquence.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Des actions d'amélioration, définies en cellule gestion des risques et en CREX, sont mises en place : <ul style="list-style-type: none"> - rédaction ou révision de procédures : gestion des stylos à insuline, gestion des traitements personnels, etc. - affichage des changements de marché des médicaments en salle de soins, - amélioration de la détention des médicaments (étiquetage des injectables au nom du patient), - achat de plateaux pour l'administration des insulines, - suppression sur le logiciel de prescription du paramétrage des horaires d'administration pour certains médicaments (anticoagulants), - vérification de l'identité du patient : question ouverte, etc. Elles font l'objet d'un suivi régulier soit par le biais d'audit à l'initiative de la pharmacie (audit gouttes buvables, par ex.) soit par le biais de contrôle des pratiques par le cadre de santé. La rétro information des professionnels est assurée d'une part par l'encadrement lors des temps de transmissions des équipes, d'autre part par le bulletin Qualité/risques « Treizour ».

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 d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient est un axe prioritaire pour l'établissement, mais lors de la visite il n'existe pas de politique formalisée comportant des objectifs précis et des indicateurs de suivi.

La pharmacie est en GCS avec un établissement voisin.

Un responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse (PCEM) a été désigné par la CME en date du 6 février 2013. Les missions et responsabilités qui lui sont dédiées ont été formalisées dans une fiche de poste, validée en février 2013 par le Directeur de l'établissement et la CME et se déclinent en quatre axes :

- piloter la démarche qualité/sécurité de la PCEM,
- organiser le système d'assurance qualité de la PCEM,
- être le garant de la gestion des risques de la PCEM,
- développer la formation et la culture qualité/sécurité relatives à la PCEM.

Le manuel assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse a été rédigé en septembre 2013 dans le cadre du GCS et comprend un programme de la prise en

	En grande partie	charge médicamenteuse pour la période 2012-2016. Dans ce programme d'amélioration sont définis les responsables des actions, les échéances souhaitées et le suivi du projet. La cartographie des risques du circuit du médicament est établie, mais les axes d'améliorations ne sont pas encore priorités et déclinés dans un plan d'actions. Sécuriser le circuit du médicament et améliorer la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé sont des axes du projet médical d'établissement 2012-2016.
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, intégré au schéma directeur du système d'information, est défini. Le circuit du médicament est entièrement informatisé depuis 2009.
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.	Oui	Les professionnels disposent d'aide d'outils à la prescription et à l'administration. Ces outils sont soit intégrés à la gestion documentaire informatisée, soit inclus dans le logiciel informatique de prescription/administration, où divers outils sont disponibles : alertes interactions, évaluation bénéfice/risques, alerte allergie, précautions particulières pour l'administration. Les professionnels ont par ailleurs accès à la base de données Claude Bernard informatique et au Vidal en format papier ainsi qu'au livret thérapeutique de l'établissement, réactualisé annuellement et à des protocoles validés et actualisés : - analyse de la prescription/délivrance globale et nominative, - administration, - prescription et dispensation des stupéfiants, - prescription et administration du potassium, - nouveaux anticoagulants oraux, - bon usage des solutions buvables, - bon usage des insulines, - guide d'utilisation des injectables, etc.
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	Des actions de formation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses, y compris associées à l'informatisation, ont été réalisées en 2011 et 2013 par un organisme extérieur. L'encadrement assure une sensibilisation régulière auprès des équipes. Le bulletin qualité/risques sensibilise également le personnel à l'importance des déclarations d'évènements indésirables. Un CREX « Circuit du médicament » incluant des professionnels de terrain est en place depuis 2011. Quatre réunions ont eu lieu en 2012, une en 2013. Dans le cadre de la semaine "Sécurité du patient" en 2012, une action avec un questionnaire à destination des IDE et des AS a été menée. Pour la semaine qualité 2013, une communication sur le circuit de l'erreur médicamenteuse : de la déclaration par le biais de la fiche d'évènement indésirable à la mise en œuvre d'actions suite aux analyses des dysfonctionnements à destination des professionnels est organisée par la responsable qualité. Une préparatrice en pharmacie est identifiée comme référente pharmacie pour le service de médecine.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prescription est en place dans le service de SSR, ce que confirme la valeur de l'indicateur hôpital numérique en référence au seuil de progression.
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	Un suivi des indicateurs qualitatifs et quantitatifs cités ci-dessous est réalisé : - consommation des antibiotiques, - consommation des antalgiques, - utilisation des psychotropes, - nombre d'ordonnances validées - comparatif relatif à l'utilisation des médicaments au regard des recommandations spécifiques de l'ANSM. L'établissement a recueilli l'indicateur numérique associé au

	Oui	moment de la visite. Il n'est pas soumis au CBUM.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil des erreurs médicamenteuses est réalisé à l'aide de la fiche de déclaration des événements indésirables. Ces fiches sont examinées en cellule de gestion des risques, instance qui se réunit une à deux fois par mois. Dans un deuxième temps, certaines fiches font l'objet d'une analyse lors d'un CREX médicament. en fonction de leur gravité ou de leur fréquence.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Des actions d'amélioration, définies en cellule gestion des risques et en CREX, sont mises en place : <ul style="list-style-type: none"> - rédaction ou révision de procédures : gestion des stylos à insuline, gestion des traitements personnels etc..... - affichage des changements de marché des médicaments en salle de soins, - amélioration de la détention des médicaments (étiquetage des injectables au nom du patient), - achat de plateaux pour l'administration des insulines, - suppression sur le logiciel de prescription du paramétrage des horaires d'administration pour certains médicaments (anticoagulants), - vérification de l'identité du patient : question ouverte, etc. Elles font l'objet d'un suivi régulier soit par le biais d'audit à l'initiative de la pharmacie (audit gouttes buvables, par ex.) soit par le biais de contrôle des pratiques par le cadre de santé. La rétro information des professionnels est assurée d'une part par l'encadrement lors des temps de transmissions des équipes, d'autre part par le bulletin qualité/risques « Treizour ».

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les règles et les supports de prescription sont en place :

- informatisée pour l'ensemble des médicaments,
- manuellement sur carnet dédié pour les stupéfiants, les médicaments sous ATU et les molécules onéreuses.

Dans le cadre d'une procédure « Les médicaments à risque », la liste des médicaments à risque a été établie, mais lors de la visite cette procédure n'est pas encore validée et diffusée à l'ensemble des professionnels.

La liste des médecins prescripteurs habilités est disponible à la pharmacie et l'accès au logiciel de prescription est réalisé par le biais d'un code d'accès.

Ce support informatique permet aussi la traçabilité de l'administration des médicaments.

Ces modalités (prescription/administration) sont décrites dans les procédures « Prescription médicale » et « Distribution et administration des médicaments » établies lors de la réalisation de la cartographie du processus « Circuit du médicament ».

<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	<p>Oui</p>	<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus. Dès l'arrivée du patient, l'infirmière faxe à la pharmacie l'ordonnance comportant le traitement médicamenteux prescrit soit par le médecin traitant si le patient vient de son domicile, soit le traitement de sortie de l'institution précédente en cas de transfert. Ce traitement est réévalué et saisi informatiquement par le médecin dans les 24 heures qui suivent l'hospitalisation et tout au long du séjour. En cas de médicament non disponible, une substitution est proposée par le pharmacien par le biais du logiciel de prescription/administration. Une procédure de gestion du traitement personnel a été rédigée. Dans le livret d'accueil, remis au patient à son arrivée, la gestion des traitements personnels est abordée. Ce paragraphe spécifie l'importance de remettre l'ensemble des médicaments apportés à l'infirmière. Lors de la sortie, le patient part avec une ordonnance de sortie liée à son hospitalisation et prenant en compte son traitement à l'admission. Lors d'un transfert, l'infirmière édite l'ordonnance et la joint à la fiche de liaison.</p>
<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont décrites dans la cartographie du processus « Circuit du médicament ». L'analyse pharmaceutique de l'ensemble du traitement est assurée par le pharmacien, présent quotidiennement. A l'exception des stupéfiants, la délivrance des médicaments est nominative. Les piluliers sont préparés au niveau de la PUI deux fois par semaine (le mardi pour deux jours/le vendredi pour trois jours) par une préparatrice en pharmacie à partir de la prescription informatisée puis insérés dans un chariot de transfert sécurisé pour les formes orales sèches après validation des piluliers par un pharmacien. Les prises « si besoin » sont en dotation globale. Les prises en dehors des séquences « matin/midi et soir »</p>

<p>Oui</p>	<p>sont dans une boîte identifiée à l'horaire de prise, insérée dans le pilulier.</p> <p>Les médicaments non destinés à la voie orale (patchs, anticoagulants, injectables) sont délivrés à chaque dispensation. Les sprays, les collyres, les flacons multi doses sont dispensés lors de la prescription initiale puis sont commandés par le service en réassort de la dotation en médicament.</p> <p>Le conditionnement unitaire des médicaments est favorisé. En cas de conditionnement globalisé, des doses unitaires sont fabriquées par la PUI ou des reconditionnements sont réalisés (blisters unitaires ou ré-étiquetage unitaire).</p> <p>Des modalités de délivrance sont organisées pour les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang et pour les médicaments sous ATU, respectant la réglementation.</p> <p>L'acheminement des médicaments est réalisé selon les bonnes pratiques, dans des armoires ou containers sécurisés. Des pochettes isothermes sont utilisées pour les médicaments thermosensibles.</p> <p>A réception, les médicaments sont rangés dans des armoires sécurisées. Les différentes conditions de stockage des médicaments (température ambiante, conservation au froid, période de canicule), ainsi que la gestion des péremptions et l'élimination des périmés sont décrites dans une procédure « Circuit du médicament : détention dans le service ».</p> <p>Les médicaments à risque sont identifiés par un logo spécifique. Les électrolytes hypertoniques sont rangés dans une armoire sécurisée à part des autres médicaments.</p> <p>La dotation des médicaments dans les services est réévaluée annuellement.</p> <p>L'accès à la pharmacie est autorisé uniquement aux pharmaciens et aux préparatrices en pharmacie. Un digicode est en place. Une procédure « Approvisionnement en médicaments en dehors des ouvertures de la PUI » est en place, en cas de besoins de médicaments en dehors des heures d'ouverture de la PUI.</p>
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles d'administration des médicaments sont formalisées dans la procédure « Administration du médicament ».</p> <p>La préparation des piluliers est assurée par la préparatrice en pharmacie, dans les locaux de la PUI, le mardi pour deux jours et le vendredi pour trois jours à partir du logiciel de prescription/administration.</p> <p>Les médicaments sont administrés par les infirmières de jour, à chaque prise, après vérification de la prescription et tracé en temps réel sur le support informatique prescription/administration.</p> <p>Des protocoles d'administration ont été rédigés, en particulier</p> <ul style="list-style-type: none"> - administration des médicaments par voie parentérale, - le bon usage des insulines, - bon usage des gouttes buvables, - le guide d'utilisation des antalgiques, - prescription et administration de potassium etc.... <p>Le rangement des médicaments dans le service est protocolisé.</p> <p>Les infirmières de jour gèrent les commandes et les infirmiers de nuit rangent les médicaments.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les règles de prescription sont mises en œuvre.</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 patient » à 99% pour la campagne de recueil 2011.</p>
<p>Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'analyse pharmaceutique est effective sur l'intégralité du traitement. Le pharmacien a accès aux données cliniques du patient.</p> <p>En cas de besoin, des avis sont émis et tracés, des alertes apparaissent sur le logiciel.</p> <p>La délivrance des médicaments est nominative au niveau du service.</p> <p>Les piluliers sont préparés deux fois par semaine en pharmacie par la préparatrice en pharmacie.</p>

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Une information est effectuée par le médecin de manière orale au patient. Le relais est pris ensuite par les infirmières et concerne principalement les antalgiques et les anticoagulants. Un carnet pour le suivi des anticoagulants est remis au patient. La traçabilité de l'information des patients sur le bon usage des médicaments n'est pas réalisée. Une information générale est diffusée lors de la semaine qualité sur le bon usage du médicament.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration ou de la non administration des médicaments est assurée en temps réel par les professionnels habilités sur le support informatique prescription/administration.
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 sur le circuit du médicament ont été réalisés : - deux audits sur l'administration (mai et octobre 2013), - audit AVK, - audits réguliers sur les armoires à pharmacie, - audit gouttes buvables, - recueil hors protocole des indicateurs IPAQSS, - EPP sur la sécurisation du circuit du médicament.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Des actions, visant au bon usage des médicaments sont mises en œuvre : - bon usage des antibiotiques, - bon usage des psychotropes, - règles sur l'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules, - sécurisation du transport, - préparation des piluliers journaliers sécurisés, dans un endroit dédié calme et sans téléphone,

Oui	<ul style="list-style-type: none">- contrôle pharmaceutique formalisé,- augmentation de stockage sécurisé,- mise à jour de toutes les procédures du circuit, etc.
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles et les supports de prescription sont en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> - informatisée pour l'ensemble des médicaments, - manuellement sur carnet dédié pour les stupéfiants, les médicaments sous ATU et les molécules onéreuses. <p>Dans le cadre d'une procédure « Les médicaments à risque », la liste des médicaments à risque a été établie, mais lors de la visite cette procédure n'est pas encore validée et diffusée à l'ensemble des professionnels.</p> <p>La liste des médecins prescripteurs habilités est disponible à la pharmacie et l'accès au logiciel de prescription est réalisé par le biais d'un code d'accès.</p> <p>Ce support informatique permet aussi la traçabilité de l'administration des médicaments.</p> <p>Ces modalités (prescription/administration) sont décrites dans les procédures « Prescription médicale » et « Distribution et administration des médicaments » établies lors de la réalisation de la cartographie du processus « Circuit du médicament ».</p>

<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	<p>Oui</p>	<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus. Dès l'arrivée du patient, l'infirmière faxe à la pharmacie l'ordonnance comportant le traitement médicamenteux prescrit soit par le médecin traitant si le patient vient de son domicile, soit le traitement de sortie de l'institution précédente en cas de transfert. Ce traitement est réévalué et saisi informatiquement par le médecin dans les 24 heures qui suivent l'hospitalisation et tout au long du séjour. En cas de médicament non disponible, une substitution est proposée par le pharmacien par le biais du logiciel de prescription/administration. Une procédure de gestion du traitement personnel a été rédigée. Dans le livret d'accueil, remis au patient à son arrivée, la gestion des traitements personnels est abordée. Ce paragraphe spécifie l'importance de remettre l'ensemble des médicaments apportés à l'infirmière. Lors de la sortie, le patient part avec une ordonnance de sortie liée à son hospitalisation et prenant en compte son traitement à l'admission. Lors d'un transfert, l'infirmière édite l'ordonnance et la joint à la fiche de liaison.</p>
<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont décrites dans la cartographie du processus « Circuit du médicament ». L'analyse pharmaceutique de l'ensemble du traitement est assurée par le pharmacien, présent quotidiennement. A l'exception des stupéfiants, la délivrance des médicaments est nominative. Les piluliers sont préparés au niveau de la PUI deux fois par semaine (le mardi pour deux jours/le vendredi pour trois jours) par une préparatrice en pharmacie à partir de la prescription informatisée puis insérés dans un chariot de transfert sécurisé pour les formes orales sèches après validation des piluliers par un pharmacien. Les prises « si besoin » sont en dotation globale. Les prises en dehors des séquences « matin/midi et soir »</p>

<p>Oui</p>	<p>sont dans une boîte identifiée à l'horaire de prise, insérée dans le pilulier.</p> <p>Les médicaments non destinés à la voie orale (patchs, anticoagulants, injectables) sont délivrés à chaque dispensation. Les sprays, les collyres, les flacons multi doses sont dispensés lors de la prescription initiale puis sont commandés par le service en réassort de la dotation en médicament.</p> <p>Le conditionnement unitaire des médicaments est favorisé. En cas de conditionnement globalisé, des doses unitaires sont fabriquées par la PUI ou des reconditionnements sont réalisés (blisters unitaires ou ré-étiquetage unitaire).</p> <p>Des modalités de délivrance sont organisées pour les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang et pour les médicaments sous ATU, respectant la réglementation.</p> <p>L'acheminement des médicaments est réalisé selon les bonnes pratiques, dans des armoires ou containers sécurisés. Des pochettes isothermes sont utilisées pour les médicaments thermosensibles.</p> <p>A réception, les médicaments sont rangés dans des armoires sécurisées. Les différentes conditions de stockage des médicaments (température ambiante, conservation au froid, période de canicule), ainsi que la gestion des péremptions et l'élimination des périmés sont décrites dans une procédure « Circuit du médicament : détention dans le service ».</p> <p>Les médicaments à risque sont identifiés par un logo spécifique. Les électrolytes hypertoniques sont rangés dans une armoire sécurisée à part des autres médicaments.</p> <p>La dotation des médicaments dans les services est réévaluée annuellement.</p> <p>L'accès à la pharmacie est autorisé uniquement aux pharmaciens et aux préparatrices en pharmacie. Un digicode est en place. Une procédure « Approvisionnement en médicaments en dehors des ouvertures de la PUI » est en place, en cas de besoins de médicaments en dehors des heures d'ouverture de la PUI.</p>
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles d'administration des médicaments sont formalisées dans la procédure « Administration du médicament ».</p> <p>La préparation des piluliers est assurée par la préparatrice en pharmacie, dans les locaux de la PUI, le mardi pour deux jours et le vendredi pour trois jours à partir du logiciel de prescription/administration.</p> <p>Les médicaments sont administrés par les infirmières de jour, à chaque prise, après vérification de la prescription et tracés en temps réel sur le support informatique prescription/administration.</p> <p>Des protocoles d'administration ont été rédigés, en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - administration des médicaments par voie parentérale, - le bon usage des insulines, - bon usage des gouttes buvables, - le guide d'utilisation des antalgiques, - prescription et administration de potassium, etc. <p>Le rangement des médicaments dans le service est protocolisé.</p> <p>Les infirmières de jour gèrent les commandes et les infirmiers de nuit rangent les médicaments.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les règles de prescription sont mises en œuvre.</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 patient » à 99% pour la campagne de recueil 2011.</p>
<p>Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'analyse pharmaceutique est effective sur l'intégralité du traitement. Le pharmacien a accès aux données cliniques du patient.</p> <p>En cas de besoin, des avis sont émis et tracés, des alertes apparaissent sur le logiciel.</p> <p>La délivrance des médicaments est nominative au niveau du service.</p> <p>Les piluliers sont préparés deux fois par semaine en pharmacie par la préparatrice en pharmacie.</p>

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Une information est effectuée par le médecin de manière orale au patient. Le relais est pris ensuite par les infirmières et concerne principalement les antalgiques et les anticoagulants. Un carnet pour le suivi des anticoagulants est remis au patient La traçabilité de l'information des patients sur le bon usage des médicaments n'est pas réalisée. Une information générale est diffusée lors de la semaine qualité sur le bon usage du médicament.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration ou de la non administration des médicaments est assurée en temps réel par les professionnels habilités sur le support informatique prescription/administration.
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 sur le circuit du médicament ont été réalisés : - deux audits sur l'administration (mai et octobre 2013) - audit AVK, - audits réguliers sur les armoires à pharmacie, - audit gouttes buvables, - recueil hors protocole des indicateurs IPAQSS, - EPP sur la sécurisation du circuit du médicament.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Des actions, visant au bon usage des médicaments sont mises en œuvre : - bon usage des antibiotiques, - bon usage des psychotropes, - règles sur l'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules, - sécurisation du transport, - préparation des piluliers journaliers sécurisés, dans un endroit dédié calme et sans téléphone,

Oui	<ul style="list-style-type: none">- contrôle pharmaceutique formalisé,- augmentation de stockage sécurisé,- mise à jour de toutes les procédures du circuit, etc.
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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		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 la disposition des professionnels.	Oui		
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Partiellement		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en œuvre.	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		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 la disposition des professionnels.	Oui		
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Partiellement		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en œuvre.	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.	Partiellement	L'ordonnance des demandes d'examen biologiques n'est pas connectée avec les laboratoires prestataires. La prescription des examens de biologie est systématiquement réalisée par le médecin dans l'application du dossier patient informatisé. Cette prescription est ensuite éditée et transmise avec la

	Partiellement	feuille de saisie automatisée exigée par le laboratoire, préalablement complétée par l'IDE à partir de l'ordonnance.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Partiellement	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière portée aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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		
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.	En grande partie	
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.	Partiellement	L'ordonnance des demandes d'examen biologiques n'est pas connectée avec les laboratoires prestataires. La prescription des examens de biologie est systématiquement réalisée par le médecin dans l'application du dossier patient informatisé. Cette prescription est ensuite éditée et transmise avec la

	Partiellement	feuille de saisie automatisée exigée par le laboratoire, préalablement complétée par l'IDE à partir de l'ordonnance.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Partiellement	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière portée aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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	NA	
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.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La démarche qualité est mise en œuvre, avec des échéances déterminées, compatibles avec le respect de la réglementation.	NA	
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.	NA	

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).	En grande partie	
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 la 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 œuvre.	Partiellement	
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).	En grande partie	
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 la 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 œuvre.	Partiellement	
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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.	NA	
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.	NA	

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

Critère 23.a - Court Séjour 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.	Oui	
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 œuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en œuvre de programme autorisé, il lui est demandé de	En grande partie	

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.	En grande partie	
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 œuvre un programme d'ETP).	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en œuvre 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 suite et/ou de réadaptation
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.	Oui		
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 œuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en œuvre de programme autorisé, il lui est demandé de	En grande partie		

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.	En grande partie	
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 œuvre un programme d'ETP).	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en œuvre 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 de 20% avec un intervalle de confiance à 95% = [11%-29%] 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.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	

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 de 25% avec un intervalle de confiance à 95% = [14%-37%] 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.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	

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	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée, et connue des acteurs du territoire de santé.	NA	
Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.	NA	
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.).	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	NA	
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	NA	
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).	NA	
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.	NA	
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	NA	
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en œuvre.	NA	

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	NA	
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 (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).	NA	
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 et de régulation des programmes opératoires.	NA	

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.	NA	
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
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.	NA	
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
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.	NA	

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 événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audits et 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 événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audits et 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		
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 événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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	B	
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.	En grande partie	
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément d'appréciation est non applicable.
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 œuvre.	Partiellement	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	--

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.	Partiellement	

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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément d'appréciation est non applicable.
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément d'appréciation est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP.	Oui	

L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.	En grande partie	
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 œuvre 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.	Partiellement	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	--

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.	Oui	
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.	Partiellement	
-------------------------------------------------------------------------	---------------	--

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.

Etablissement : HOPITAL LOCAL QUINTIN (220000186)

Résultats des indicateurs de qualité Dossier du Patient - Champ MCO

Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2009			Année 2010			Année 2011			Année 2012		
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre
	Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur	
Tenue du dossier patient (score sur 100)	1144	70	80	1212	72	80	1206	76	80			
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	1141	34%	80%	1195	40%	80%	1192	48%	80%			
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	1144	52%	80%	1212	61%	80%	1206	73%	80%			
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	1136	75%	80%	1200	79%	80%	1196	84%	80%			

Etablissement : HOPITAL LOCAL QUINTIN (220000186)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Non				Recueil obligatoire : Non				Recueil obligatoire : Non				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier patient (score sur 100)		NA	NA	NA	78 [75 - 82]		(=)	NA	65 [61 - 69]		(-)	↘				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)		NA	NA	NA	28% [18% - 37%]		(-)	NA	20% [11% - 29%]		(-)	→				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)		NA	NA	NA	54% [43% - 65%]		(-)	NA	44% [33% - 55%]		(-)	→				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)		NA	NA	NA	76% [67% - 86%]		(=)	NA	50% [39% - 61%]		(-)	↘				

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

BILAN DES CONTRÔLES EFFECTUÉS ET INSPECTIONS CONCERNANT LA SÉCURITÉ SANITAIRE (Uniquement effectués par organismes et autorités externes)

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament										Enquête ARS le 5/03/2012 dans le cadre de l'ouverture du GCS Pharmacie Val de Gouët. (dernière inspection : 13/05/2004)
Stérilisation des dispositifs médicaux	NC									Utilisation de DMS à usage unique
Désinfection des dispositifs médicaux	Aucun contrôle réalisé									
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	NC									
Infrastructures : - Ascenseurs - Portes automatiques - Fluides médicaux	SOCOTEC PORTIS APAVE	16/02/2011 26/06/2012 16/10/2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Sécurité incendie - Commission de sécurité : Catégorie 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Triennale SSI - Extincteurs - RIA - Désenfumage	Commission de sécurité de l'arrondissement de Saint-Brieuc APAVE EUROFEU APAVE	31/05/2012 01/03/2011 14/06/2012 6/03/2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Reste 1/5 à lever Reste 1/3 à lever

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Sécurité électrique	SOCOTEC	17/02/2012	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>			
Groupes électrogènes	BES	15/03/2012		<input checked="" type="checkbox"/>						
Protection contre la foudre	SOCOTEC	9/07/2012	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>		
Hygiène alimentaire	DSV	31/07/2012	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			
Eau de réseau	LDA22	10/07/2012		<input checked="" type="checkbox"/>						
Eaux à usage médical	NC									
Eaux à usage technique	NC									
Eaux chaudes sanitaires	ARS LDA22	27/01/2011 5/12/2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	Aucun contrôle réalisé									
Déchets à risques radioactifs	Aucun contrôle réalisé									
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides	Aucun contrôle réalisé									
Produits sanguins labiles	NC									
Sécurité anesthésique	NC									
Secteur opératoire	NC									
Imagerie et exploration fonctionnelle	NC									
Radiothérapie	NC									
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	Aria ingénierie	4/06/2010		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					