



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left side of the page, dips downwards, and then rises towards the right side, creating a wide, shallow arc.

**RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**  
**CENTRE HOSPITALIER DE SAINT CALAIS**

2, RUE DE LA PERRINE - 72120 - Saint Calais

MAI 2014

# SOMMAIRE

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	3
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	5
1. Les décisions par critères du manuel	6
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	7
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	8
4.Suvi de la décision	9
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	10
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	11
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE	12
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	36
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	78
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	103
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	104
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	171
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	190
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	294
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	310
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	317

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# CENTRE HOSPITALIER DE SAINT CALAIS

**Adresse :** 2, RUE DE LA PERRINE  
72120 Saint Calais SARTHE

**Site internet:** <http://www.ch-saintcalais.fr>

**Statut :** Public

**Type d'établissement :** Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	33	0	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	25	0	0
Soins de longue durée	55	0	0

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

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	
Regroupement/Fusion.:	
Arrêt et fermeture d'activité.:	
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	

## 2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, du bilan des sécurités sanitaires et de la participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé, la Haute Autorité de Santé prononce la certification.

## 1. Les décisions par critères du manuel

## 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:

Le circuit du médicament ;

Les infrastructures ;

L'hygiène alimentaire.

### 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.

L'établissement recueille l'indicateur optionnel "Traçabilité de l'évalutaion du risque d'escarres" (TRE).



#### 4.Suvi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité.

## 3.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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La mise en oeuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	En grande partie	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	En grande partie	

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
<p><b>Critère 1.b</b>  <b>Engagement dans le développement durable</b></p>		
<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un diagnostic « Développement durable » a été établi par l'établissement.	En grande partie	L'établissement a mis en œuvre un diagnostic performance énergétique, un audit accessibilité et il répond régulièrement à l'enquête du baromètre du développement durable. De nombreuses actions et réflexions sont menées, mais il n'existe pas de diagnostic complet et global de développement durable.
Un volet « Développement durable » est intégré dans les orientations stratégiques.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La stratégie, liée au développement durable, est déclinée dans un programme pluriannuel.	Non	

Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	Oui	
L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	En grande partie	
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Non	



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	Un groupe de réflexion éthique (GRE), structure de réflexion et d'aide à la décision, a été mis en place. Il se réunit mensuellement depuis octobre 2012. Un règlement intérieur définit le fonctionnement et les missions du GRE. Un coordonnateur du GRE (cadre supérieur de santé, coordonnateur des soins) a été nommé en juillet 2012 par la direction et ses missions formalisées. Une charte éthique a été rédigée et récemment diffusée. Une documentation éthique est disponible via le système de gestion documentaire institutionnel avec un onglet spécifique dans les classeurs qualité de chaque service et sur l'intranet de l'établissement. Une note d'information, à diffusion générale, est venue préciser les modalités de consultation.
Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.	Oui	La dimension éthique est inscrite dans le projet d'établissement 2012 – 2017 validé par le conseil de surveillance en décembre 2012 ainsi que dans le CPOM 2012-2017 contractualisé en septembre 2012. Un paragraphe Éthique a été intégré au rapport annuel 2012 de la CRUQ.

	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.	Oui	Des formations/sensibilisation sont inscrites au plan de formation : formations centrées sur l'éthique (Droits des patients et éthique, Éthique et nutrition) ou formations dans lesquelles l'approche éthique du sujet est inscrite au programme de la formation (Bientraitance, Gestion de l'agressivité, Soins palliatifs, Contention, Dépistage et prise en charge des addictions, Approche non médicamenteuse de l'Alzheimer,...). Le bilan 2012 des actions réalisées montre une participation pluri professionnelle des différents secteurs à ces formations. Le cadre supérieur de santé, coordonnateur des soins, et coordonnateur du GRE, est en cours de formation d'un master droit santé et éthique (EHESP).
Les questions éthiques se posant au sein de l'établissement sont traitées.	Oui	Les thématiques éthiques, identifiées localement, sont traitées au cours des réunions mensuelles du GRE. Une conduite à tenir est définie et tracée dans le compte-rendu de la réunion.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un état des lieux des questions éthiques liées aux activités de l'établissement est réalisé.	Oui	Un état des lieux des questions éthiques liées à la prise en charge des patients a été réalisé. Il sert pour définir le choix des thèmes des réunions du GRE.

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
<b>Critère 1.d</b> <b>Politique des droits des patients</b>		
<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.e Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

**Cotation**

B

#### 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.

Partiellement

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.	Partiellement	

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La stratégie de développement de l'EPP est formalisée, elle est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle comporte la définition d'une politique et d'objectifs déclinés en plan d'actions inscrites dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'établissement. Les moyens nécessaires à leur mise en œuvre sont pris en compte dans le CPOM.

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

En grande partie

Le dispositif de concertation entre professionnels de santé et gestionnaires est en place. Il est représenté par une sous-commission spécialisée EPP mise en place en février 2011. La concertation peut également se faire lors de CME spécifiques élargies. Ces instances sont réunies régulièrement, mais il n'a pas été défini de périodicité notamment pour la sous-commission 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

Les missions et les responsabilités relatives à l'organisation, la coordination, l'accompagnement et le suivi des démarches et de la communication sont attribuées à la commission spécialisée EPP. Le fonctionnement de cette commission est défini dans la politique d'amélioration de la qualité et de la

	Oui	sécurité des soins de l'établissement.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	Un accompagnement régulier, depuis plusieurs années, des professionnels pour la mise en œuvre de l'EPP est réalisé par la cellule qualité. Cet accompagnement comporte en particulier des formations en interne, des outils d'aide méthodologique, une aide à la recherche bibliographique.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	En grande partie	L'état d'avancement des EPP est suivi par la responsable qualité, les pilotes des démarches, à travers les fiches actions mises en place, le tableau de bord EPP. Des points sont effectués dans les instances telles que la sous-commission spécialisée EPP, la CME. L'établissement a défini des indicateurs de pratique clinique permettant une mesure d'impact pour certaines EPP. Mais la méthodologie de la mesure de l'impact n'est pas définie et effective pour toutes les EPP.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	La direction, le service qualité et l'encadrement assurent l'information des professionnels en matière de stratégie et de résultat des démarches EPP. Les moyens de communication utilisés sont représentés par les fiches actions disponibles sur l'intranet, les réunions d'instance (CME), les réunions de service ou les réunions transversales, le journal interne.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'établissement a identifié les instances auprès desquelles il rend compte de ses démarches EPP telles que la CME, le directoire, le conseil de surveillance. Les supports de communication sont en particulier représentés par le tableau de bord EPP, le programme d'action qualité et sécurité, les indicateurs.



<p>La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La stratégie des EPP est revue en fonction des résultats et de l'avancement des démarches en cours, de l'exploitation du score des indicateurs IPAQSS. Cependant, il n'est pas défini de périodicité. La politique qualité définie en août 2011 prévoit une révision annuelle.</p>
---	-------------------------	---

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
<b>Critère 1.g</b> <b>Développement d'une culture qualité et sécurité</b>		
<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

### Critère 2.a Direction et encadrement des secteurs d'activités

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activité sont définis.

Oui

Les circuits de décision et de délégation sont définis.

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.

En grande partie

**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

B

### 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.

Non

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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré.	En grande partie	

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

### Critère 2.c Fonctionnement des instances

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie, et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leurs compétences.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.

Oui

Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.

Oui

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats



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

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

### Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

## Cotation

B

### 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.

En grande partie

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

Le dialogue social est évalué à périodicité définie.

Partiellement

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

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



### Cotation

B

#### 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.

En grande partie

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**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

En grande partie

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

L'évaluation périodique du personnel est mise en oeuvre.	Oui	
Un plan de formation est mis en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Partiellement	
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités, notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	Partiellement	

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction.

En grande partie

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.

Partiellement



## 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

A

### 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 oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

Référence 3: La gestion des ressources humaines		
Critère 3.d Qualité de vie au travail		
<b>Cotation</b>	B	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## Référence 4: La gestion des ressources financières

### Critère 4.a Gestion budgétaire

## Cotation

A

### 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.

Oui

**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**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

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

En grande partie

**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.).

Oui

### 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

### 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.

Partiellement

## 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.

Oui

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.

Oui

Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

Partiellement

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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

A

### 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.

Oui

### 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 oeuvre.	En grande partie	
--	------------------	--

## 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

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



## Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

### Critère 6.c Qualité de la restauration

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

## Cotation

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.

En grande partie

### 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 oeuvre.	En grande partie	

## 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

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Le circuit du linge est défini.

Partiellement

Le circuit de livraison du linge propre jusqu'à l'établissement est conforme : roll protégé. Toutefois, il a été constaté que le linge propre fait l'objet de manipulations diverses du chariot de livraison vers les étagères de stockage, puis vers le chariot de nursing sans être filmé. Au niveau du circuit sale, le stockage est réalisé dans des armoires à l'extérieur, soumises aux intempéries et l'évacuation est source de manipulations d'un container à l'autre avant chargement dans le camion.

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.

Partiellement

Le linge propre fait l'objet de nombreuses manipulations au sein des services non conformes aux normes RABC. Le circuit du linge n'est pas totalement sécurisé d'un point de vue RABC et conformément aux règles d'hygiène en la matière.

Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	Oui	
Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

## Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

### Critère 6.e Fonction transport des patients

## Cotation

B

### 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.

En grande partie

Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient.

En grande partie

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

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

## 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.

En grande partie

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.	En grande partie	



## 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.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les différents processus logistiques (internes ou externes) sont évalués, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est évaluée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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

### Critère 7.a Gestion de l'eau

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

**Cotation**

A

#### 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.

Partiellement

#### 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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	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.

En grande partie

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

En grande partie

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

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

Oui

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.

Non



E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi périodique est réalisé.	En grande partie	
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**

**B**

#### **E1 Prévoir**

#### **Réponses aux EA**

#### **Constats**

Les actions à mettre en oeuvre afin d'assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'EOH ou la CME.

En grande partie

En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations.

NA

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

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.

En grande partie

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

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

### Critère 7.e Gestion des déchets

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

En grande partie

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Partiellement

Le tri au sein des services est connu par les "producteurs". Le personnel dispose de chariots permettant le tri en amont. Toutefois, les pratiques de stockage dans les locaux de déchets au sein des unités de soins induisent une cohabitation des sacs DASRI et DAOM dans le même

	Partiellement	containeur, constatée lors de la visite : pour le service de médecine, une action corrective a été mise en place (séparation du containeur de déchets) de façon réactive, mais sans tenir compte spécifiquement de la quantité de déchets produits. Le stockage intermédiaire est réalisé à l'extérieur en dehors de toute enceinte sécurisée, les containers DASRI sont sécurisés, mais exposés aux intempéries et notamment à la chaleur. Les containers DASRI sont répartis à chaque entrée de bâtiments le long d'un mur. Lors de la prise en charge des containers par les agents techniques, des manipulations de sacs d'un container à l'autre ont pu être observées par les experts-visiteurs. Les locaux de stockage central sont conformes et permettent un nettoyage effectif des containers.
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	En grande partie	Les actions de sensibilisation sont principalement axées sur le personnel soignant et l'appropriation du tri en amont. En ce qui concerne le personnel technique chargé des transports, la sensibilisation est moins effective au regard des pratiques.
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	Des mesures de protection sont valorisées : le basculeur dans le local central, des gants... Toutefois, l'ergonomie des pratiques n'est pas un élément favorable à la protection des professionnels, notamment au vu des manipulations réalisées.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	En grande partie	Les dysfonctionnements liés au tri en amont sont identifiés et analysés. Toutefois, les pratiques en matière de stockage des containers et les manipulations des agents ne sont pas identifiées.

Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	Partiellement	Une EPP est en cours sur le tri des déchets dans les unités de soins. Cette évaluation ne repose pas toutefois sur l'intégralité du circuit.
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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.

Oui

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, structuré et organisé, décline une politique globale, des objectifs (globaux et intermédiaires) et des moyens. Les actions, avec un échéancier, sont définies et suivies sur un tableau de bord informatisé et partagé. Le PAQS prend en compte, dans la détermination de ses objectifs, les dimensions culturelles, stratégiques, structurelles et techniques. Une commission spécialisée, composée du directeur, du président de la CME, du cadre coordonnateur de soins, de l'ingénieur qualité, de médecins, du pharmacien, de cadres de santé, de soignants, participe pour avis à la définition de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment pour les vigilances, la lutte contre les infections associées aux soins, la politique du médicament, l'organisation de la gestion des EI, la douleur, la nutrition, l'EPP. Le suivi et le plan de communication sont assurés par le service qualité. Le PAQS est proposé au président de la CME et soumis au directoire.



Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Oui	L'ES a mis en place une organisation transversale, coordonnée par le service qualité, pour assurer le suivi des actions du PAQS, l'analyse des dysfonctionnements ou des risques récurrents et coordonner les vigilances. La commission spécialisée peut être amenée à demander la modification du PAQS, suite à de nouvelles recommandations, des dysfonctionnements ou des alertes. Le BGDS peut proposer des recommandations suite à l'analyse d'EI.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	Oui	Les démarches réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont intégrées dans le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le PAQS est présenté de façon annuelle à toutes les instances institutionnelles (conseil de surveillance, CME, CTE) tant sur la politique que sur le bilan d'avancement des démarches et des actions.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	Chaque secteur d'activité met en oeuvre les actions du PAQS. Le cadre de santé s'assure de leurs applications et de l'échéancier. Toutefois, la prise de poste récente du cadre peut différer la réalisation de certaines actions.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Le PAQS fait l'objet d'un suivi au niveau des secteurs de soins avec les cadres de santé et la commission spécialisée. Le pilotage global est assuré par le service qualité à l'aide du plan d'action informatisé et des indicateurs y afférant.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	L'efficacité du programme est évaluée annuellement au travers des indicateurs nationaux, des rapports annuels d'activité de l'encadrement des secteurs de soins, des enquêtes de satisfaction, des analyses des événements indésirables et des plaintes, des demandes des professionnels, des rapports d'audits. La communication des

	Oui	résultats est assurée auprès des instances et du personnel par le service qualité.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Chaque année, l'établissement examine l'atteinte des objectifs à partir du tableau de bord. Il décide des réajustements et intègre les axes d'amélioration pour la révision de son programme.

**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**

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est définie dans l'établissement.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins sont évaluées.	En grande partie	

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

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

**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.

En grande partie

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.

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'établissement met en oeuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires, en fonction du plan de priorisation.

Oui

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

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

**Critère 8.d  
Evaluations des risques à priori**

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	Partiellement	
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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 oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	Oui	
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.

Oui

Les plans d'urgence sont établis.

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Une Cellule de crise est opérationnelle.

Oui



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

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

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

Oui

L'établissement a élaboré une procédure de signalement et de traitement des événements indésirables (EI). Ce dispositif est totalement abouti et permet un signalement prioritairement par informatique ou sur support papier. La culture de la déclaration des EI est source de déclarations multiples. Un bureau de gestion des signalements (BGDS), de composition pluridisciplinaire, se réunit toutes les semaines pour la hiérarchisation par gravité et par fréquence, pour l'analyse et le suivi du traitement des EI. La centralisation des EI vers la responsable qualité permet une coordination de ce dispositif.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.

Oui

La responsable qualité est la personne ressource en matière de formations sur les EI. La responsable qualité dispose de supports qu'elle a élaborés, elle diffuse l'information dans les services de l'établissement.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Certains membres du BGDS (directrice, responsable qualité, cadre) sont formés aux outils de hiérarchisation et d'analyse des causes. La responsable qualité dispense, si besoin, en interne les formations spécifiques aux membres du BGDS, aux membres du CHSCT...
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	La responsable qualité, après hiérarchisation, associe les acteurs concernés à l'analyse des causes profondes, analyse qui est également réalisée au sein du BGDS.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en oeuvre à la suite des analyses.	Oui	Le BGDS en association avec les acteurs décide la mise en œuvre de mesures correctives avec une priorisation des actions. Le suivi est géré par le service qualité et le BGDS au niveau de l'avancée des mesures d'amélioration. Des plans d'action structurés sont définis et des tableaux de suivi formalisés afin de pérenniser les actions déployées.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	L'analyse systématique de tous les signalements permet d'identifier les EI récurrents au niveau de l'établissement. Les événements récurrents font l'objet d'un suivi spécifique tel que celui des indicateurs ou la mise en oeuvre d'EPP (chutes, contention...). Des actions correctives sont développées pour répondre aux dysfonctionnements.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	Des tableaux de bord permettent un suivi des actions correctives mises en œuvre au regard des indicateurs, des audits ou des EPP. Le BGDS évalue, en conséquence, l'efficacité des mesures déployées et leurs améliorations si nécessaire.

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.*

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

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

Critère 8.h  
Bon usage des antibiotiques



**Cotation**

B

**Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales**

**Classe associée à la valeur du score ICATB**

**Constats**

Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.

B

**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

Depuis l'informatisation généralisée du dossier du patient, la prescription de l'antibiothérapie est, à ce jour, réévaluée entre la 24e et 72e heure. Un système d'alerte informatique permet un rappel aux médecins.

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

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

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place.

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.

En grande partie

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.*

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



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

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.

Non

**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.	Oui	
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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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**  
**Système de gestion des plaintes et des réclamations**



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Le dispositif de gestion des plaintes et des réclamations est défini, organisé et opérationnel. La CRU se réunit au moins quatre fois par an et la composition est conforme à la réglementation. L'ensemble des informations sur la CRU (sa composition, ses missions, les médiateurs médicaux et non médicaux) est diffusé par le biais du livret d'accueil et au travers de fiches d'information mises à disposition au sein des services. Une procédure est mise en œuvre, connue des professionnels et portée à la connaissance des usagers notamment par le livret d'accueil qui est présenté par le personnel soignant. Le recueil des plaintes et des réclamations réalisé, son suivi est effectué par le BGDS puis par la CRU : un tableau de suivi de l'avancée est élaboré et une réponse formalisée est adressée au patient concerné.

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

Oui

Toute plainte fait l'objet d'un enregistrement dans la dispositif des EI. Parallèlement à l'analyse de la CRU, le BGDS, lors de ses réunions, établit un suivi de l'avancée de l'enquête et des actions d'amélioration éventuelles. La gestionnaire des risques est également membre de la CRU.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Toutes les plaintes sont transmises au corps médical et aux cadres afin qu'une analyse soit menée. Les dysfonctionnements et les actions d'amélioration sont étudiés au BGDS et à la CRU en lien avec les professionnels concernés.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	Une procédure définit les modalités d'accusé de réception à destination des plaignants. Des indicateurs de suivi des délais de transmission sont présentés à la CRU et sont formalisés dans le rapport annuel. La procédure indique également les formalités pour la saisine des médiateurs médicaux ou non médicaux selon les situations.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Oui	Une analyse quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations est corrélée au programme d'amélioration de la qualité par le biais du rapport annuel de la CRU et du dispositif des événements indésirables. De nombreux indicateurs sont suivis : délais de transmission de l'accusé de réception, délais de transmission de la réponse au dysfonctionnement signalé, thématiques des plaintes et des réclamations...

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

### Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre au niveau des secteurs d'activité, et font l'objet d'un suivi.	Oui	
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**

B

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

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.

Oui

Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.

Partiellement

La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).

En grande partie

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

L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.

Oui

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.	Partiellement	

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.a - Soins de 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.

En grande partie

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.).

En grande partie

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.

Partiellement

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.	Partiellement	

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.

En grande partie

Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.

Partiellement

La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).

En grande partie

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.

En grande partie

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

**Référence 10: La bientraitance et les droits****Critère 10.b - Court Séjour  
Respect de la dignité et de l'intimité du patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

En grande partie

**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.

En grande partie

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



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

**Référence 10: La bientraitance et les droits****Critère 10.b - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Respect de la dignité et de l'intimité du patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

Oui

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

Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

En grande partie

Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

En grande partie

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

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

**Référence 10: La bientraitance et les droits****Critère 10.b - Soins de longue durée  
Respect de la dignité et de l'intimité du patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

En grande partie

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

Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

Oui

Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

En grande partie

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

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

**Référence 10: La bientraitance et les droits****Critère 10.c - Court Séjour**  
**Respect de la confidentialité des informations relatives au patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées.

Oui

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

L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

En grande partie

Les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect de la confidentialité.

En grande partie

Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

En grande partie

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

## 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.

En grande partie

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

En grande partie

Les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect de la confidentialité.

En grande partie

Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

En grande partie



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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

En grande partie

Les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect de la confidentialité.

Oui

Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

En grande partie

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

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

A

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

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

Oui

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

NA

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

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

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

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	Oui	
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**

A

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

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

En grande partie

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

NA

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

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

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

Oui

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

Oui

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

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

A

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

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

Oui

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

NA

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

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

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

Oui

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

Oui



E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	Oui	
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**

A

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

La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.

Oui

Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.

Oui

Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).

En grande partie

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.

Oui

Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.

Oui

Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).

En grande partie

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

**Référence 10: La bientraitance et les droits****Critère 10.e - Soins de longue durée****Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté****Cotation**

A

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

La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.

Oui

Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.

Oui

Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).

Oui

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

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

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

### Critère 11.a - Court Séjour

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.

Oui

Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).

Oui



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

**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**

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.).	En grande partie	

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

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

### Critère 11.a - Soins de longue durée

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.

Oui

Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).

Oui

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

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

**Critère 11.b - Court Séjour  
Consentement et participation du patient**

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

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

**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**

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
Des interventions, visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins, sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>



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

**Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient****Critère 11.b - Soins de longue durée  
Consentement et participation du patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.

Oui

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

La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.

Oui

Des interventions, visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins, sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.

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.	En grande partie	
---	------------------	--

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

**Critère 11.c - Court Séjour**  
**Information du patient en cas de dommage lié aux soins**

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

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

**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**

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

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

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

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

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



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

## 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).

En grande partie

La stratégie de prise en charge de la douleur est intégrée dans le projet d'établissement (projet médical et de soins). Les objectifs sont déclinés au sein du CLUD, instance réactivée récemment, constituée de professionnels médicaux et paramédicaux référents (1 médecin et IDE formés DU douleur) qui assurent le déploiement des actions au sein des unités. Le contrat douleur est formalisé dans le livret d'accueil pour les patients.

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

Oui

Des protocoles de prise en charge de la douleur sont mis en ligne sur intranet. Des outils d'évaluation (échelles EVA, Doloplus...) mis à disposition des soignants permettent une évaluation adaptée au type de pathologie. Des prises en charge non médicamenteuses sont également proposées (toucher-massage... ). D'autres modalités d'approche thérapeutique sont étudiées.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	L'établissement développe chaque année des formations douleur, en interne ou avec le réseau DOLO SARTHE. Ces formations s'adressent aux différents professionnels et services.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Les professionnels informent les patients sur leur prise en charge de la douleur et leur donnent, quand cela est possible, l'occasion d'être totalement acteurs.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Prise en charge de la douleur" et de sa valeur de 68 % avec un intervalle de confiance à 95 % de [57 % - 78 %] pour la campagne 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Les professionnels mettent en place des actions adaptées pour soulager la douleur et en évaluent à intervalle requis l'efficacité. Un recours au réseau DOLO SARTHE peut être recherché pour des patients avec des douleurs persistantes. La traçabilité est effective sur le dossier du patient depuis son informatisation.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'échelle Doloplus 2 est mise en place pour les patients non communicants. Le CLUD est en cours de réflexion pour la mise en place d'une autre échelle dans des cas spécifiques.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	L'équipe médicale et le cadre de santé s'assurent de l'appropriation des outils d'évaluation et les évaluations douleur sont revues lors des staffs pluridisciplinaires hebdomadaires.
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 oeuvre d'autres modalités d'évaluation annuellement sur : - les EPP ; - les analyses des questionnaires de sortie ; - le rapport de la CRU.

Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les actions d'amélioration sont déterminées à partir des EPP et par le CLUD en fonction des résultats des évaluations. Le CLUD et les référents en assurent le suivi.
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 échanges avec le réseau DOLO SARTHE, lors des formations.

## 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).

En grande partie

La stratégie de prise en charge de la douleur est intégrée dans le projet d'établissement (projet médical et de soins). Les objectifs sont déclinés au sein du CLUD, instance réactivée récemment, constituée de professionnels médicaux et paramédicaux référents (1 médecin et IDE formés DU douleur) qui assurent le déploiement des actions au sein des unités. Le contrat douleur est formalisé dans le livret d'accueil pour les patients.

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

Oui

Des protocoles de prise en charge de la douleur sont mis en ligne sur intranet. Des outils d'évaluation (échelles EVA, Doloplus...) mis à disposition des soignants permettent une évaluation adaptée au type de pathologie. Des prises en charge non médicamenteuses sont également proposées (toucher-massage... ). D'autres modalités d'approche thérapeutique sont étudiées.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	L'établissement développe chaque année des formations douleur, en interne ou avec le réseau DOLO SARTHE. Ces formations s'adressent aux différents professionnels et services.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Les professionnels informent les patients sur leur prise en charge de la douleur et leur donnent, quand cela est possible, l'occasion d'être totalement acteurs.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Prise en charge de la douleur" et de sa valeur de 14 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [6 % - 23 %] pour la campagne 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Les professionnels mettent en place des actions adaptées pour soulager la douleur et en évaluent à intervalle requis l'efficacité. La traçabilité est effective sur le dossier du patient depuis son informatisation.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'échelle Doloplus 2 est mise en place pour les patients non communicants. Le CLUD est en cours de réflexion pour la mise en place d'une autre échelle dans des cas spécifiques.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	L'équipe médicale et le cadre de santé s'assurent de l'appropriation des outils d'évaluation. Les évaluations douleur sont revues lors des staffs pluridisciplinaires hebdomadaires.
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 "Tenue du dossier du patient". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation. Cela est réalisé par : - le suivi d'indicateurs ; - les EPP ; - les analyses des questionnaires de sortie ; - le rapport de la CRU.

Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les actions d'amélioration sont déterminées à partir des EPP et par le CLUD en fonction des résultats des évaluations. Le CLUD et les référents en assurent le suivi.
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 échanges avec le réseau DOLO SARTHE, lors des formations.

## Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

La stratégie de prise en charge de la douleur est intégrée dans le projet d'établissement (projet médical et de soins). Les objectifs sont déclinés au sein du CLUD, instance réactivée récemment, constituée de professionnels médicaux et paramédicaux référents (1 médecin et IDE formés DU douleur) qui assurent le déploiement des actions au sein des unités. Le contrat douleur est formalisé dans le livret d'accueil pour les patients.

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

Oui

Des protocoles de prise en charge de la douleur sont mis en ligne sur intranet. Des outils d'évaluation (échelles EVA, Doloplus...) mis à disposition des soignants permettent une évaluation adaptée au type de pathologie et à la personne âgée. Des prises en charge non médicamenteuses sont également proposées (toucher-massage...). L'étude d'une autre échelle d'évaluation est en cours (médecin-chef de service).

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats



Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	L'établissement développe chaque année des formations douleur, en interne ou avec le réseau DOLO SARTHE. Ces formations s'adressent aux différents professionnels et services.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Les professionnels informent les résidents et, si besoin, l'entourage sur la prise en charge de la douleur. Ils leur donnent la possibilité de participer à la prise en charge quand cela est possible.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Depuis l'informatisation du dossier du patient, la traçabilité des évaluations de la douleur initiale et lors du suivi est assurée.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Les professionnels mettent en place des actions adaptées pour soulager la douleur et en évaluent à intervalle requis l'efficacité. La traçabilité est effective sur le dossier du patient depuis son informatisation.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'échelle Doloplus 2 est mise en place pour les patients non communicants. Le CLUD est en cours de réflexion pour la mise en place d'une autre échelle dans des cas spécifiques.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	L'équipe médicale et le cadre de santé s'assurent de l'appropriation des outils d'évaluation. Les évaluations douleur sont revues lors des staffs pluridisciplinaires hebdomadaires.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	En grande partie	L'évaluation de la qualité et de l'efficacité de la douleur est réalisée annuellement par l'évaluation des pratiques professionnelles douleur et le rapport de la CRU.

Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les actions d'amélioration sont déterminées à partir de l'analyse des EPP par le CLUD en fonction des résultats recueillis. Le suivi est assuré par le CLUD et les référents.
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 échanges avec le réseau DOLO SARTHE, lors des formations.

## 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 bénéficie de l'autorisation de 3 lits de soins palliatifs situés dans le service de médecine. Cette structure est dotée notamment d'une IDE coordinatrice pour l'organisation et d'un psychologue pour l'accompagnement des patients et des familles. Un staff hebdomadaire se réunit formellement et ses conclusions sont tracées. L'établissement a passé une convention avec le réseau départemental de soins palliatifs Ariane 72.

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

Oui

Une réflexion sur ce sujet a été portée par l'équipe palliative et un support mis en œuvre. Le patient est informé de la possibilité de recueillir ses directives anticipées qui, le cas échéant, sont tracées dans son dossier.

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

Le livret d'accueil comporte des informations précises sur les directives anticipées et une explication est donnée au patient par le personnel soignant lors de son admission. Si besoin, dans le cas de patients aux facultés cognitives atteintes, l'information est donnée à la famille.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Les patients admis en soins palliatifs bénéficient de projets spécifiques de prise en charge ainsi que leurs familles. Le service de médecine est structuré pour l'accueil des familles qui disposent de locaux d'accueil spécifiques.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les formations sont assurées par le réseau départemental Ariane 72 qui effectue des analyses de pratique quatre fois par an. De même, l'IDE coordinatrice participe à des actions de formation dans l'établissement ou dans le cadre du réseau.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Un staff pluriprofessionnel hebdomadaire est mis en place et le réseau Ariane 72 peut également être sollicité. Ces réunions permettent de réévaluer les stratégies et les objectifs pour chaque patient concerné.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Les soignants peuvent bénéficier de l'accompagnement de l'IDE coordinatrice et de l'accompagnement du réseau Ariane 72.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Des formations sur les droits des patients et notamment en fin de vie sont inscrites au plan de formation.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a passé une convention avec le réseau de soins palliatifs départemental Ariane 72. Les acteurs de ce réseau peuvent être sollicités sur des interventions à la demande.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.).	Oui	Le réseau Ariane 72 effectue une analyse et une évaluation des pratiques quatre fois par an. Une EPP institutionnelle est mise en oeuvre depuis 2007. Ces actions d'évaluation sont communiquées à la CME et à la commission spécialisée EPP.

Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Une information est faite au patient (selon les possibilités) et aux familles sur la réflexion bénéfice-risque, puis elle est tracée dans le dossier du patient. Le staff pluriprofessionnel est le lieu d'échange sur les situations particulières et spécifiques.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	L'EPP en œuvre depuis 2007 permet de déterminer des plans d'action et de les évaluer ou de les réactualiser en fonction des données analysées.

## 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 bénéficie de l'autorisation de 3 lits de soins palliatifs situés dans le service de médecine. Cette structure est dotée notamment d'une IDE coordinatrice pour l'organisation et d'un psychologue pour l'accompagnement des patients et des familles. L'ensemble des moyens d'accompagnement et de prise en charge peut être sollicité par l'ensemble des secteurs d'hospitalisation. L'établissement a passé une convention avec le réseau départemental de soins palliatifs Ariane 72.

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

En grande partie

Une réflexion institutionnelle sur ce sujet a été portée par l'équipe palliative et un support mis en œuvre. Le patient est informé de la possibilité de recueillir ses directives anticipées, qui le cas échéant sont tracées dans son dossier. Le secteur SSR peut bénéficier de ce support. Toutefois, les modalités de recueil sont essentiellement orales.

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

Oui

Le livret d'accueil comporte des informations précises sur les directives anticipées et une explication est donnée au patient par le personnel soignant lors de son admission. Si besoin, dans le cas de patients aux facultés cognitives

directives anticipées.	Oui	atteintes, l'information est donnée à la famille.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Chaque situation fait l'objet d'une prise en charge adaptée en lien avec le patient et sa famille. L'IDE coordinatrice des soins palliatifs peut être sollicitée dans la définition des modalités de prise en charge.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les professionnels disposent chaque année de formations intégrées au plan de formation continue de l'établissement.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	En grande partie	L'IDE coordinatrice ou les intervenants du réseau Ariane 72 sont sollicités pour participer à des échanges pluriprofessionnels en fonction des situations spécifiques. Un staff pluridisciplinaire est organisé de façon hebdomadaire.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Les soignants peuvent bénéficier de l'accompagnement de l'IDE coordinatrice et de celui du réseau Ariane 72.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Des formations sur les droits des patients et notamment en fin de vie sont inscrites au plan de formation.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a passé une convention avec le réseau de soins palliatifs départemental Ariane 72. Les acteurs de ce réseau peuvent être sollicités sur des interventions à la demande.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>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.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Une EPP institutionnelle est mise en oeuvre depuis 2007. Les actions sont déployées sur l'ensemble de l'établissement. Ces actions d'évaluation sont communiquées à la CME et à la commission spécialisée EPP.</p>
<p>Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une information est faite au patient (selon les possibilités) et aux familles sur la réflexion bénéfice-risque, puis tracée dans le dossier du patient. Les secteurs d'activité peuvent avoir recours aux intervenants du réseau ou à l'équipe spécialisée.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'EPP en oeuvre depuis 2007 permet de déterminer des plans d'action et de les évaluer ou de les réactualiser en fonction des données analysées. Les actions d'amélioration issues de l'EPP sont déployées sur l'ensemble des secteurs.</p>



## Référence 13: La fin de vie

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

L'établissement bénéficie de l'autorisation de 3 lits de soins palliatifs situés dans le service de médecine. Cette structure est dotée notamment d'une IDE coordinatrice pour l'organisation et d'un psychologue pour l'accompagnement des patients et des familles. L'ensemble des moyens d'accompagnement et de prise en charge peut être sollicité par l'ensemble des secteurs d'hospitalisation. L'établissement a passé une convention avec le réseau départemental de soins palliatifs Ariane 72.

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

En grande partie

Une réflexion institutionnelle sur ce sujet a été portée par l'équipe palliative et un support mis en œuvre. Le patient est informé de la possibilité de recueillir ses directives anticipées qui, le cas échéant, sont tracées dans son dossier. Le secteur SLD peut bénéficier de ce support. Toutefois, les modalités de recueil sont essentiellement orales.

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

Oui

Le livret d'accueil comporte des informations précises sur les directives anticipées.

directives anticipées.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Chaque situation fait l'objet d'une prise en charge adaptée en lien avec le patient et sa famille. L'IDE coordinatrice des soins palliatifs peut être sollicitée dans la définition des modalités de prise en charge.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les professionnels disposent chaque année de formations intégrées au plan de formation continue de l'établissement.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	En grande partie	L'IDE coordinatrice ou les intervenants du réseau Ariane 72 sont sollicités pour participer à des échanges pluriprofessionnels en fonction des situations spécifiques. Un staff pluridisciplinaire est organisé de façon hebdomadaire.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Les soignants peuvent bénéficier de l'accompagnement de l'IDE coordinatrice et de l'accompagnement du réseau Ariane 72.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Des formations sur les droits des patients et notamment en fin de vie sont inscrites au plan de formation.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a passé une convention avec le réseau de soins palliatifs départemental Ariane 72. Les acteurs de ce réseau peuvent être sollicités sur des interventions à la demande.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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.).	Oui	Une EPP institutionnelle est mise en œuvre depuis 2007. Les actions sont déployées sur l'ensemble de l'établissement. Ces actions d'évaluation sont communiquées à la CME et à la commission spécialisée EPP.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Une information est faite au patient (selon les possibilités) et aux familles sur la réflexion bénéfice-risque, puis elle est tracée dans le dossier du patient. Les secteurs d'activité peuvent avoir recours aux intervenants du réseau ou à l'équipe spécialisée.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	L'EPP en œuvre depuis 2007 permet de déterminer des plans d'action et de les évaluer ou de les réactualiser en fonction des données analysées. Les actions d'amélioration issues de l'EPP sont déployées sur l'ensemble des secteurs.

## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

## Référence 14: Le dossier du patient

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

En grande partie

Depuis l'informatisation du dossier du patient, les règles de tenue du dossier existantes avec le dossier papier n'ont pas été réactualisées. L'établissement a priorisé la mise à disposition de guides techniques d'utilisation du système d'information et notamment du dossier informatique du patient. Les dossiers médicaux et de soins sont en réseau et accessibles au personnel médical et paramédical avec des accès différenciés selon les catégories de personnel.

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

En grande partie

L'accès au dossier est formalisé. Les règles de confidentialité, de circulation, d'archivage et de destruction sont formalisées et les responsabilités identifiées. La procédure est disponible sur intranet. La traçabilité des entrées et des sorties d'un dossier des archives n'est pas effective.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier du patient" et de sa valeur de 93 % avec un intervalle de confiance à [90 % - 95 %] pour la campagne 2011.
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	La transmission et la communication du dossier du patient entre les professionnels de l'ES sont effectives. Les données administratives, médicales, cliniques et de suivi sont disponibles en temps réel sur informatique. Pour les correspondants externes, une réflexion est menée pour définir les niveaux d'accès requis au dossier informatisé du patient.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier du patient". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation avec l'EPP.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les différentes évaluations menées ont conduit à des axes d'amélioration. Le suivi des plans d'action est assuré par les équipes médicales et d'encadrement dans les secteurs de soins.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

En grande partie

Depuis l'informatisation du dossier du patient, les règles de tenue du dossier existantes avec le dossier papier n'ont pas été réactualisées. L'ES a priorisé la mise à disposition de guides techniques d'utilisation du système d'information et notamment du dossier informatique du patient. Les dossiers médicaux et de soins sont en réseau et accessibles au personnel médical et paramédical avec des accès différenciés selon les catégories de personnel.

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

En grande partie

L'accès au dossier est formalisé. Les règles de confidentialité, de circulation, d'archivage et de destruction sont formalisées et les responsabilités identifiées. La procédure est disponible sur intranet. La traçabilité des entrées et des sorties d'un dossier des archives n'est pas effective.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.

Oui

Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier du patient" et de sa valeur de 93 % avec un intervalle de confiance à [91 % - 95 %] pour la campagne 2011.

<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>Oui</p>	<p>La transmission et la communication du dossier du patient entre les professionnels de l'établissement sont effectives. Les données administratives, médicales, cliniques et de suivi sont disponibles en temps réel sur l'informatique. Les éléments des staffs pluridisciplinaires sont tracés. Pour les correspondants externes, la communication est effective et elle a fait l'objet d'un consensus concernant la sortie du patient qui a permis de diminuer la durée moyenne de séjour (DMS). L'informatisation du dossier du patient a entraîné une amélioration de la notification de la traçabilité des données.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier du patient". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation avec l'EPP.</p>
<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les différentes évaluations menées ont conduit à des axes d'amélioration. Le suivi des plans d'action est assuré par les équipes médicales et d'encadrement dans les secteurs de soins.</p>



## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

En grande partie

Depuis l'informatisation du dossier, les règles de tenue du dossier du patient existantes avec le dossier papier n'ont pas été réactualisées. L'établissement a priorisé la mise à disposition de guides techniques d'utilisation du système informatique. Les dossiers médicaux et de soins sont en réseau et accessibles au personnel médical et paramédical avec des accès différenciés selon les catégories de personnel.

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

En grande partie

L'accès au dossier est formalisé. Les règles de confidentialité, de circulation, d'archivage et de destruction du dossier du patient sont formalisées et les responsabilités identifiées. La procédure est disponible sur intranet. La traçabilité des entrées et des sorties d'un dossier des archives n'est pas effective.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.

Oui

Les données d'entrée administratives, cliniques, d'habitudes de vie et de suivi du résident sont notifiées en temps réel dans le dossier informatisé depuis juin 2011. Les staffs pluridisciplinaires hebdomadaires sont tracés et tous les

	Oui	intervenants transmettent les éléments essentiels au suivi et aux habitudes de vie des résidents dans le dossier informatisé du patient. Seuls les projets de vie sont effectués sur support papier à la demande du médecin-chef de service.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Oui	La transmission et la communication du dossier du patient entre les professionnels de l'ES sont effectives. Les données médicales, cliniques et de suivi sont disponibles en temps réel sur informatique.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	En grande partie	La tenue du dossier est évaluée par les cadres et les équipes soignantes, mais n'est pas formalisée. Toutefois, l'informatisation récente a permis une amélioration notoire du recueil des données (nutrition, douleur, staff pluridisciplinaire) qui devrait perdurer avec la pérennisation du système.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	En grande partie	Les axes d'amélioration constatés ont été impactés par l'informatisation du dossier.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'établissement organise l'accès du patient ou de l'ayant droit à son dossier en conformité avec la réglementation. Une information détaillée et structurée est disponible dans le livret d'accueil. Des recommandations complémentaires, rappelant les modalités, sont à disposition des équipes soignantes sur intranet.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Le patient et son entourage sont informés du dispositif par le biais du livret d'accueil. Des documents sont à disposition sur le site Internet de l'établissement pour des compléments d'information.

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

Oui

Les délais d'accès du patient à son dossier sont respectés, conformément à la réglementation.

#### 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.	Oui	Une évaluation des délais de transmission est réalisée annuellement lors du rapport de la CRUQ. Elle donne lieu, si besoin, à une analyse et une identification des causes.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La transmission des informations et le suivi des actions sont assurés auprès de la CRUQ. Un bilan annuel est effectué.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'établissement organise l'accès du patient ou de l'ayant droit à son dossier en conformité avec la réglementation. Une information détaillée et structurée est disponible dans le livret d'accueil. Des recommandations complémentaires, rappelant les modalités, sont à disposition des équipes soignantes sur intranet.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Le patient et son entourage sont informés du dispositif par le biais du livret d'accueil. Des documents sont à disposition sur le site Internet de l'établissement pour des compléments d'information.

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

Oui

Les délais d'accès du patient à son dossier sont respectés, conformément à la réglementation.

#### 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.	Oui	Une évaluation des délais de transmission est réalisée annuellement lors du rapport de la CRUQ. Elle donne lieu, si besoin, à une analyse et une identification des causes.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La transmission des informations et le suivi des actions sont assurés auprès de la CRUQ. Un bilan annuel est effectué.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'établissement organise l'accès du patient ou de l'ayant droit à son dossier en conformité avec la réglementation. Une information détaillée et structurée est disponible dans le livret d'accueil. Des recommandations complémentaires, rappelant les modalités, sont à disposition des équipes soignantes sur intranet.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Le patient et son entourage sont informés du dispositif par le biais du livret d'accueil. Des documents sont à disposition sur le site Internet de l'établissement pour des compléments d'information.

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

Oui

Les délais d'accès du patient à son dossier sont respectés, conformément à la réglementation.

#### 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.	Oui	Une évaluation des délais de transmission est réalisée annuellement lors du rapport de la CRUQ. Elle donne lieu, si besoin, à une analyse et une identification des causes.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La transmission des informations et le suivi des actions sont assurés auprès de la CRUQ. Un bilan annuel est effectué.



## Référence 15: l'identification du patient

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



### Cotation

B

#### 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 est en place pour fiabiliser l'identification du patient lors des admissions par présentation de la carte d'identité du patient pour validation et intégration au dossier du patient et par scannage du document. Ce dispositif est assuré par les urgences la nuit et les jours fériés. Lors des soins, les IDE s'assurent de l'adéquation de l'identité du patient et de celle du bénéficiaire des actes prescrits. Dans le cas de patients avec des troubles cognitifs temporaires ou permanents, des bracelets sont mis en place afin de fiabiliser les actes. Le système informatique permet la gestion des doublons qui est assurée sous la responsabilité du responsable informatique. Toutefois, l'ensemble de ces actions ne bénéficie pas d'indicateurs de pertinence.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

Oui

Le personnel administratif est formé et accompagné sur les procédures liées à l'identitovigilance. Le personnel soignant est formé à la prévention des erreurs d'identification du patient lors des différents actes.

Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Une procédure est diffusée et appliquée par le personnel administratif qui est sensibilisé à ces actions d'identitovigilance.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	Les professionnels s'assurent de l'identité des patients lors de tous les actes spécifiques : biologie, endoscopie... La vérification de l'identité est incluse dans les pratiques professionnelles, mais elle ne fait pas l'objet d'une traçabilité organisée.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	Une personne référente est désignée pour la gestion des doublons. Les erreurs ou dysfonctionnements sont analysés par le BGDS dans le cadre de la gestion des événements indésirables. Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre. Ces actions ne font pas l'objet d'un suivi formalisé ni d'audit de processus.

## 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

A

#### 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 est en place pour fiabiliser l'identification du patient lors des admissions par présentation de la carte d'identité du patient pour validation et intégration au dossier du patient et par scannage du document. Ce dispositif est assuré par les urgences la nuit et les jours fériés. Lors des soins, les IDE s'assurent de l'adéquation de l'identité du patient et de celle du bénéficiaire des actes prescrits. Dans le cas de patients avec des troubles cognitifs temporaires ou permanents, des bracelets sont mis en place afin de fiabiliser les actes. Le système informatique permet la gestion des doublons qui est assurée sous la responsabilité du responsable informatique. Toutefois, l'ensemble de ces actions ne bénéficie pas d'indicateurs de pertinence.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

Oui

Le personnel administratif est formé et accompagné sur les procédures liées à l'identitovigilance. Le personnel soignant est formé à la prévention des erreurs d'identification du patient lors des différents actes.

Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Une procédure est diffusée et appliquée par le personnel administratif qui est sensibilisé à ces actions d'identitovigilance.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Les professionnels s'assurent de l'identité des patients lors de tous les actes spécifiques : biologie, endoscopie... La vérification de l'identité est incluse dans les pratiques professionnelles.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	Une personne référente est désignée pour la gestion des doublons. Les erreurs ou dysfonctionnements sont analysés par le BGDS dans le cadre de la gestion des événements indésirables. Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre. Ces actions ne font pas l'objet de suivi formalisé.

## Référence 15: l'identification du patient

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



### Cotation

A

#### 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 est en place pour fiabiliser l'identification du patient lors des admissions par présentation de la carte d'identité du patient pour validation et intégration au dossier du patient et par scannage du document. Ce dispositif est assuré par les urgences la nuit et les jours fériés. Lors des soins, les IDE s'assurent de l'adéquation de l'identité du patient et de celle du bénéficiaire des actes prescrits. Dans le cas de patients avec des troubles cognitifs temporaires ou permanents, des bracelets sont mis en place afin de fiabiliser les actes. Le système informatique permet la gestion des doublons qui est assurée sous la responsabilité du responsable informatique. Toutefois, l'ensemble de ces actions ne bénéficie pas d'indicateurs de pertinence.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

Oui

Le personnel administratif est formé et accompagné sur les procédures liées à l'identitovigilance. Le personnel soignant est formé à la prévention des erreurs d'identification du patient lors des différents actes.

Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Une procédure est diffusée et appliquée par le personnel administratif qui est sensibilisé à ces actions d'identitovigilance.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Les professionnels s'assurent de l'identité des patients lors de tous les actes spécifiques : biologie... La vérification de l'identité est incluse dans les pratiques professionnelles.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	Une personne référente est désignée pour la gestion des doublons. Les erreurs ou dysfonctionnements sont analysés par le BGDS dans le cadre de la gestion des événements indésirables. Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre. Ces actions ne font pas l'objet d'un suivi formalisé.

## 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.

Partiellement

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

Partiellement

Présence d'un service d'urgences 24 h/24. Toutefois, les dispositions à prendre pour une personne se présentant pour une urgence en dehors de ce service ne sont pas formalisées.

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

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

Oui



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

## Référence 16: l'accueil du patient

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

En grande partie

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

Partiellement

Présence d'un service des urgences 24 h/24. Toutefois, les dispositions à prendre pour une personne se présentant pour une urgence en dehors de ce service ne sont pas formalisées.

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Référence 16: l'accueil du patient		
Critère 16.a - Soins de longue durée Dispositif d'accueil du patient		
<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	Partiellement	
Des dispositions sont prises afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	Partiellement	Présence d'un service des urgences 24 h/24. Toutefois, les dispositions à prendre pour une personne se présentant pour une urgence en dehors de ce service ne sont pas formalisées.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

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

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

### Critère 17.a - Court Séjour

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

## 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 est non 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).

Oui

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.	Oui	
Le projet de soins personnalisés est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Oui	

## 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

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 est non 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).

Oui



La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.	Oui	
Le projet de soins personnalisés est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Oui	

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

### Critère 17.a - Soins de longue durée

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

## 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 est non 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).

Oui

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

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

**Critère 17.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.

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	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

B

### 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.

En grande partie

### 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.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Oui	

## 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

B

### 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.	Non	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Oui	

## Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

## Cotation

A

### 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.

En grande partie

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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Oui	

## 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	Chaque service dispose d'un matériel d'urgence disponible. Il comprend un défibrillateur régulièrement vérifié, du matériel d'aspiration, un ambu, un chariot contenant les médicaments et le matériel. L'établissement a fait l'acquisition de chariots d'urgence sécurisés par des scellés.

	Oui	Toutefois, un protocole « Chariots d'urgence : composition, révision, vérification et approvisionnement par la pharmacie à usage intérieur » de novembre 2012 a été rédigée par la pharmacie.
La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

**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**

A

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

La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.

Oui

Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.

NA

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

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

Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.

Oui

Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.

Oui

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

**Référence 18: La continuité et la coordination des soins****Critère 18.b - Soins de longue durée****Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement****Cotation****B****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.

Partiellement



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

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.

Partiellement

### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

En grande partie

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

Oui

### E3 Evaluer et améliorer

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - 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.

Partiellement

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

En grande partie

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

Oui

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - 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.

Partiellement

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

En grande partie

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

Oui

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats



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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes démunies

#### Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

En grande partie

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

En grande partie

### E3 Evaluer et améliorer

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

## 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.

En grande partie

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 "Tenue du dossier du patient" et de sa valeur de 55 % avec un intervalle de confiance à 95 % de [44 % - 66 %] pour la campagne 2011.

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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

Oui

Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier du patient" et de sa valeur de 91 % avec un intervalle de confiance à 95 % de [84 % - 98 %] pour la campagne 2011.



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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

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.

Oui

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

*Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.*

## Cotation

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.

Oui

### 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.	Partiellement	L'établissement est peu confronté à cette problématique clinique et il n'existe pas d'organisation formalisée.
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.

Oui

**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.	Partiellement	L'établissement est peu confronté à cette problématique clinique et il n'existe pas d'organisation formalisée.
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.c - Soins de longue durée Risque suicidaire

*Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.*

## Cotation

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.

Oui

### 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.	Partiellement	L'établissement est peu confronté à cette problématique clinique et il n'existe pas d'organisation formalisée.
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

NA

### 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

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

Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.

NA

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

### 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

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

Des procédures d'hospitalisation sans consentement sont mises en oeuvre.

NA

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

L'adhésion du patient à sa prise en charge est recherchée tout au long de son hospitalisation.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

## 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.

Oui

L'établissement a défini sa « politique de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient – gestion des risques » dans un document intitulé « Politique d'amélioration de qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient » signé en juin 2013. Cette politique établie en concertation avec la CME et les instances comporte des objectifs précis et des indicateurs de suivi. Un contrat de bon usage du médicament a été signé, les rapports d'étape sont effectués. Le COMEDIMS se réunit régulièrement. Le circuit de signalement et de traitement des événements indésirables est procéduré et opérationnel.

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 est planifié et intégré au schéma directeur du système d'information hospitalier. La prescription est informatisée depuis juin 2010.

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	Il existe des outils d'aide à la prescription tels que le livret thérapeutique, un guide de bon usage des antibiotiques et un logiciel d'aide à leur prescription, un accès aux bases de médicaments et quelques protocoles thérapeutiques. Le pharmacien a paramétré les équivalences strictes dans le système informatique et des conseils de substitution sont aussi donnés via l'analyse pharmaceutique. Une ligne de conseil en antibiothérapie a été mise en place avec le service d'infectiologie du CH de référence. La diffusion des documents est formalisée dans la procédure institutionnelle de gestion documentaire et l'actualisation est organisée. La mise à jour des outils est également assurée via le logiciel dossier patient informatisé.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Des actions de sensibilisation au risque d'erreurs médicamenteuses ont été réalisées : présentation et diffusion de supports validés (Bien utiliser les médicaments, Les incontournables de la prescription chez le sujet âgé, Quizz sur le bon usage du médicament), participation à la semaine de sécurité du patient. La réalisation d'audits d'évaluation des risques sur le circuit du médicament avec les professionnels des services a participé à la sensibilisation de ces professionnels aux bonnes pratiques. Des actions de formation à la prévention des erreurs médicamenteuses sont inscrites au plan de formation. Une IDE par service a été désignée référent pharmaceutique et la fiche de mission formalisée. La fiche de mission du préparateur en Pharmacie Référent service est également formalisée.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prescription est en place depuis juin 2010.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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	Le recueil des indicateurs IPAQSS est effectué depuis 2008. Le contrat du bon usage du médicament est suivi. Un tableau de bord d'indicateurs de pratique pharmaceutique est en place depuis 2012.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le dispositif de recueil et d'analyse des événements indésirables englobe les erreurs médicamenteuses. Ce dispositif est opérationnel.
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 sont mises en place à la suite de l'analyse des erreurs, la rétro-information des professionnels est assurée.

## 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.

Oui

L'établissement a défini sa « politique de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient – gestion des risques » dans un document intitulé « Politique d'amélioration de qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient » signé en juin 2013. Cette politique établie en concertation avec la CME et les instances comporte des objectifs précis et des indicateurs de suivi. Un contrat de bon usage du médicament a été signé, les rapports d'étape sont effectués. Le COMEDIMS se réunit régulièrement. Le circuit de signalement et de traitement des événements indésirables est procéduré et opérationnel.

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 est planifié et intégré au schéma directeur du système d'information hospitalier. La prescription est informatisée depuis juin 2010.

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	Il existe des outils d'aide à la prescription tels que le livret thérapeutique, un guide de bon usage des antibiotiques et un logiciel d'aide à leur prescription, un accès aux bases de médicaments et quelques protocoles thérapeutiques. Le pharmacien a paramétré les équivalences strictes dans le système informatique et des conseils de substitution sont aussi donnés via l'analyse pharmaceutique. Une ligne de conseil en antibiothérapie a été mise en place avec le service d'infectiologie du CH de référence. La diffusion des documents est formalisée dans la procédure institutionnelle de gestion documentaire et l'actualisation est organisée. La mise à jour des outils est également assurée via le logiciel dossier patient informatisé.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Des actions de sensibilisation au risque d'erreurs médicamenteuses ont été réalisées : présentation et diffusion de supports validés (Bien utiliser les médicaments, Les incontournables de la prescription chez le sujet âgé, Quizz sur le bon usage du médicament), participation à la semaine de sécurité du patient. La réalisation d'audits d'évaluation des risques sur le circuit du médicament avec les professionnels des services a participé à la sensibilisation de ces professionnels aux bonnes pratiques. Des actions de formation à la prévention des erreurs médicamenteuses sont inscrites au plan de formation. Une IDE par service a été désignée référent pharmaceutique et la fiche de mission formalisée. La fiche de mission du préparateur en Pharmacie Référent service est également formalisée.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prescription est en place depuis octobre 2010.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>



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	Le recueil des indicateurs IPAQSS est effectué depuis 2008. Le contrat du bon usage du médicament est suivi. Un tableau de bord d'indicateurs de pratique pharmaceutique est en place depuis 2012.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le dispositif de recueil et d'analyse des événements indésirables englobe les erreurs médicamenteuses. Ce dispositif est opérationnel.
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 sont mises en place à la suite de l'analyse des erreurs, la rétro-information des professionnels est assurée.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

L'établissement a défini sa « politique de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient – gestion des risques » dans un document intitulé « Politique d'amélioration de qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient » signé en juin 2013. Cette politique établie en concertation avec la CME et les instances comporte des objectifs précis et des indicateurs de suivi. Un contrat de bon usage du médicament a été signé, les rapports d'étape sont effectués. Le COMEDIMS se réunit régulièrement. Le circuit de signalement et de traitement des événements indésirables est procéduré et opérationnel.

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 est planifié et intégré au schéma directeur du système d'information hospitalier. La prescription est informatisée depuis juin 2010.

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	Il existe des outils d'aide à la prescription tels que le livret thérapeutique, un guide de bon usage des antibiotiques et un logiciel d'aide à leur prescription, un accès aux bases de médicaments et quelques protocoles thérapeutiques. Le pharmacien a paramétré les équivalences strictes dans le système informatique et des conseils de substitution sont aussi donnés via l'analyse pharmaceutique. Une ligne de conseil en antibiothérapie a été mise en place avec le service d'infectiologie du CH de référence. La diffusion des documents est formalisée dans la procédure institutionnelle de gestion documentaire et l'actualisation est organisée. La mise à jour des outils est également assurée via le logiciel dossier patient informatisé.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Des actions de sensibilisation au risque d'erreurs médicamenteuses ont été réalisées : présentation et diffusion de supports validés (Bien utiliser les médicaments, Les incontournables de la prescription chez le sujet âgé, Quizz sur le bon usage du médicament), participation à la semaine de sécurité du patient. La réalisation d'audits d'évaluation des risques sur le circuit du médicament avec les professionnels des services a participé à la sensibilisation de ces professionnels aux bonnes pratiques. Des actions de formation à la prévention des erreurs médicamenteuses sont inscrites au plan de formation. Une IDE par service a été désignée référent pharmaceutique et la fiche de mission formalisée. La fiche de mission du préparateur en Pharmacie Référent service est également formalisée.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prescription est en place depuis mars 2011.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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	Le recueil des indicateurs IPAQSS est effectué depuis 2008. Le contrat du bon usage du médicament est suivi. Un tableau de bord d'indicateurs de pratique pharmaceutique est en place depuis 2012.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le dispositif de recueil et d'analyse des événements indésirables englobe les erreurs médicamenteuses. Ce dispositif est opérationnel.
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 sont mises en place à la suite de l'analyse des erreurs, la rétro-information des professionnels est assurée.

## 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

Le support de prescription est informatisé, il est unique pour la prescription et l'administration. La liste des prescripteurs habilités est actualisée. Il existe un protocole de prescription, de dispensation et d'administration pour les médicaments en sus de la T2A et pour les stupéfiants. La procédure générale de l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient a été formalisée en mai 2013.

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

Oui

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

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

En grande partie

Le conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant comporte leur identification jusqu'à l'administration. L'acheminement des médicaments vers les unités de soins est organisé. Des informations sont transmises par la pharmacie aux prescripteurs, le cas échéant. La procédure générale d'organisation de la prise en charge médicamenteuse précise l'ensemble des modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments à toutes les étapes du circuit.

	En grande partie	<p>L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient est formalisée et réalisée pour les prescriptions informatisées. La réponse aux demandes urgentes de médicaments pendant les heures d'ouverture de la PUI est précisée dans la procédure générale alors que l'organisation en dehors des heures d'ouverture de la PUI fait l'objet d'une procédure spécifique.</p> <p>Le suivi des péremptions est planifié une fois par mois ainsi qu'un audit annuel sur les conditions de stockage et de détention des médicaments.</p> <p>La délivrance nominative est en place pour les antibiotiques à dispensation contrôlée, les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang et les médicaments en sus de la T2A. Elle n'est pas engagée pour les autres médicaments.</p>
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	<p>Les règles d'administration des médicaments sont formalisées par un protocole connu des professionnels. Les règles de gestion et de rangement des médicaments sont intégrées dans la procédure générale d'organisation de la prise en charge médicamenteuse. Une IDE par service a été désignée référent pharmaceutique et la fiche de mission formalisée.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	<p>Compte tenu de la valeur du critère "rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 100 % pour la campagne 2011.</p>
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	<p>L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient est réalisée pour les prescriptions informatisées. La délivrance nominative est en place pour les antibiotiques à dispensation contrôlée, les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang et les médicaments en sus de la T2A. Elle n'est pas engagée pour les autres médicaments.</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.	Oui	Les professionnels assurent une information aux patients, le cas échéant. Les situations nécessitant une information du patient sur le bon usage du médicament ont fait l'objet d'un premier choix en commission spécialisée de la CME d'octobre 2012. Des fiches d'information sont en cours d'élaboration. Un formulaire dénommé information du patient, dans lequel les soignants cochent des cases qui tracent les actions réalisées est intégré dans le dossier informatisé du patient.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration est effectuée en temps réel sur le support informatique par l'IDE.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Un programme annuel d'audits a été élaboré en 2012 et intègre des audits annuels sur le circuit du médicament. L'établissement a ainsi réalisé une évaluation des risques dans tous les secteurs ainsi qu'un audit. Toutefois, la mise en place récente du dispositif n'a pas encore permis la réalisation d'évaluations régulières.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Des EPP en lien avec la pertinence ont été réalisées : Réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures, Pertinence de la prescription du paracétamol injectable aux urgences-médecine et des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé. Le PAQS 2013 intègre des actions visant le bon usage des médicaments, dont certaines consécutives aux EPP. Le document présenté permet un suivi des actions.

## 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

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

Oui

Le support de prescription est informatisé, il est unique pour la prescription et l'administration. La liste des prescripteurs habilités est actualisée. Il existe un protocole de prescription, de dispensation et d'administration pour les médicaments en sus de la T2A et pour les stupéfiants. La procédure générale de l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient a été formalisée en mai 2013.

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

Oui

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

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

En grande partie

Le conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant comporte leur identification jusqu'à l'administration. L'acheminement des médicaments vers les unités de soins est organisé. Des informations sont transmises par la pharmacie aux prescripteurs, le cas échéant. La procédure générale d'organisation de la prise en charge médicamenteuse précise l'ensemble des modalités assurant la sécurisation de la



	En grande partie	dispensation des médicaments à toutes les étapes du circuit. L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient est formalisée et réalisée pour les prescriptions informatisées. La réponse aux demandes urgentes de médicaments pendant les heures d'ouverture de la PUI est précisée dans la procédure générale alors que l'organisation en dehors des heures d'ouverture de la PUI fait l'objet d'une procédure spécifique. Le suivi des péremptions est planifié une fois par mois ainsi qu'un audit annuel sur les conditions de stockage et de détention des médicaments. La délivrance nominative est en place pour les antibiotiques à dispensation contrôlée, les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang et les médicaments en sus de la T2A. Elle n'est pas engagée pour les autres médicaments.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration des médicaments sont formalisées par un protocole connu des personnels. Les règles de gestion et de rangement des médicaments sont intégrées dans la procédure générale d'organisation de la prise en charge médicamenteuse. Une IDE par service a été désignée référent pharmaceutique et la fiche de mission formalisée.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère "rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 100 % pour la campagne 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient est réalisée pour les prescriptions informatisées. La délivrance nominative est en place pour les antibiotiques à dispensation contrôlée, les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang et les médicaments en sus de la T2A. Elle n'est pas engagée pour les autres médicaments.

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.	Oui	Les professionnels assurent une information aux patients, le cas échéant. Les situations nécessitant une information du patient sur le bon usage du médicament ont fait l'objet d'un premier choix en commission spécialisée de la CME d'octobre 2012. Des fiches d'information sont en cours d'élaboration. Un formulaire dénommé information du patient, dans lequel les soignants cochent des cases qui tracent les actions réalisées est intégré dans le dossier informatisé du patient.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration est effectuée en temps réel sur le support informatique par l'IDE.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Un programme annuel d'audits a été élaboré en 2012 et intègre des audits annuels sur le circuit du médicament. L'établissement a ainsi réalisé une évaluation des risques dans tous les secteurs ainsi qu'un audit. Pour les secteurs SSR un second tour a été réalisé.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Des EPP en lien avec la pertinence ont été réalisées : Réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures, Pertinence de la prescription du paracétamol injectable aux urgences-médecine et des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé. Le PAQS 2013 intègre des actions visant le bon usage des médicaments, dont certaines consécutives aux EPP. Le document présenté permet un suivi des actions.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a bis - Soins de longue durée**  
**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

Le support de prescription est informatisé, il est unique pour la prescription et l'administration. La liste des prescripteurs habilités est actualisée. Il existe un protocole de prescription, de dispensation et d'administration pour les médicaments en sus de la T2A et pour les stupéfiants. La procédure générale de l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient a été formalisée en mai 2013.

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

Oui

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

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

En grande partie

Le conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant comporte leur identification jusqu'à l'administration. L'acheminement des médicaments vers les unités de soins est organisé. Des informations sont transmises par la pharmacie aux prescripteurs, le cas échéant. La procédure générale d'organisation de la prise en charge médicamenteuse précise l'ensemble des modalités assurant la sécurisation de la

	En grande partie	dispensation des médicaments à toutes les étapes du circuit. L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient est formalisée et réalisée pour les prescriptions informatisées. La réponse aux demandes urgentes de médicaments pendant les heures d'ouverture de la PUI est précisée dans la procédure générale alors que l'organisation en dehors des heures d'ouverture de la PUI fait l'objet d'une procédure spécifique. Le suivi des péremptions est planifié une fois par mois ainsi qu'un audit annuel sur les conditions de stockage et de détention des médicaments. La délivrance nominative est en place pour les antibiotiques à dispensation contrôlée, les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang et les médicaments en sus de la T2A. Elle n'est pas engagée pour les autres médicaments.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration des médicaments sont formalisées par un protocole connu des professionnels. Les règles de gestion et de rangement des médicaments sont intégrées dans la procédure générale d'organisation de la prise en charge médicamenteuse. Une IDE par service a été désignée référent pharmaceutique et la fiche de mission formalisée.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les prescriptions sont conformes à la réglementation.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient est réalisée pour les prescriptions informatisées. La délivrance nominative est en place pour les antibiotiques à dispensation contrôlée, les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang et les médicaments en sus de la T2A. Elle n'est pas engagée pour les autres médicaments.

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.	Oui	Les professionnels assurent une information aux patients, le cas échéant. Les situations nécessitant une information du patient sur le bon usage du médicament ont fait l'objet d'un premier choix en commission spécialisée de la CME d'octobre 2012. Des fiches d'information sont en cours d'élaboration. Un formulaire dénommé information du patient, dans lequel les soignants cochent des cases qui tracent les actions réalisées, est intégré dans le dossier informatisé du patient.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration est assurée dans le dossier informatisé du patient par le professionnel qui a assuré l'administration. Pour les médicaments injectables, c'est l'infirmière qui administre et trace l'administration à l'aide de portable fixé sur le chariot de distribution. L'aide à la prise des médicaments oraux est effectuée, à partir du chariot de distribution journalier, par un soignant (IDE, AS, AMP) qui en assure la traçabilité. Un protocole Administration en USLD est formalisé et précise que l'IDE vérifie la préparation et distribue les médicaments.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Un programme annuel d'audits a été élaboré en 2012 et intègre des audits annuels sur le circuit du médicament. L'établissement a ainsi réalisé une évaluation des risques dans tous les secteurs ainsi qu'un audit. Pour les secteurs SLD un second tour a été réalisé.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Des EPP en lien avec la pertinence ont été réalisées : Réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures, Pertinence de la prescription du paracétamol injectable aux urgences-médecine et des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé. Le PAQS 2013 intègre des actions visant le bon

En grande partie	usage des médicaments, dont certaines consécutives aux EPP. Le document présenté permet un suivi des actions.
------------------	---

## 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

L'établissement ne dispose pas d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Toutefois, l'établissement a engagé, depuis octobre 2012, une réflexion sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez la personne âgée au niveau de la commission spécialisée de la CME dont les PV sont diffusés aux praticiens. L'utilisation de recommandations a été systématisée.

### 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.

En grande partie

Des actions de sensibilisation sont menées par la diffusion de supports d'information (affiches, mise à disposition de documents de recommandations tels que la liste des médicaments potentiellement inappropriés de Laroche, documents de l'OMEDIT centre, liens intranet

	En grande partie	documentations) et par l'utilisation du DPI comme support de communication via l'analyse pharmaceutique. Toutefois, l'établissement ne dispose pas d'un plan de formation structuré sur cette thématique.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	Une évaluation de la prescription chez la personne âgée en médecine et aux urgences a été réalisée en mars et avril 2013.
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en oeuvre.	Oui	Des actions d'améliorations sont intégrées dans le PAQS. Le document présenté permet d'identifier le niveau de mise en œuvre des actions dans les différents secteurs de l'établissement.



## 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

L'établissement ne dispose pas d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Toutefois, l'établissement a engagé, depuis octobre 2012, une réflexion sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez la personne âgée au niveau de la commission spécialisée de la CME dont les PV sont diffusés aux praticiens.  
L'utilisation de recommandations a été systématisée.

### 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.

En grande partie

Des actions de sensibilisation sont menées par la diffusion de supports d'information (affiches, mise à disposition de documents de recommandations tels que la liste des médicaments potentiellement inappropriés de Laroche, documents de l'OMEDIT centre, liens intranet

	En grande partie	documentations) et par l'utilisation du DPI comme support de communication via l'analyse pharmaceutique. Toutefois, l'établissement ne dispose pas d'un plan de formation structuré sur cette thématique.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	Une évaluation de la prescription chez la personne âgée en SSR a été réalisée en décembre 2012.
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en oeuvre.	Oui	Des actions d'améliorations sont intégrées dans le PAQS. Le document présenté permet d'identifier le niveau de mise en œuvre des actions dans les différents secteurs de l'établissement.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.

En grande partie

L'établissement ne dispose pas d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Toutefois, l'établissement a engagé, depuis octobre 2012, une réflexion sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez la personne âgée au niveau de la commission spécialisée de la CME dont les PV sont diffusés aux praticiens. L'utilisation de recommandations a été systématisée.

### 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.

En grande partie

Des actions de sensibilisation sont menées par la diffusion de supports d'information (affiches, mise à disposition de documents de recommandations tels que la liste des médicaments potentiellement inappropriés de Laroche, documents de l'OMEDIT centre, liens intranet

	En grande partie	documentations) et par l'utilisation du DPI comme support de communication via l'analyse pharmaceutique. Toutefois, l'établissement ne dispose pas d'un plan de formation structuré sur cette thématique.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	Une évaluation de la prescription chez la personne âgée en USLD a été réalisée en novembre 2012.
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en oeuvre.	Oui	Des actions d'améliorations sont intégrées dans le PAQS. Le document présenté permet d'identifier le niveau de mise en œuvre des actions dans les différents secteurs de l'établissement.

## 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

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.

Oui

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.

NA

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

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.

Oui

Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.

En grande partie

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

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

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

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.

Oui

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.

NA

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

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.

Oui

Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.

En grande partie

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



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

### Critère 21.a - Soins de longue durée

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.

Oui

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.

NA

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

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.

Oui

Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	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.	En grande partie	

## 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 oeuvre, 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

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).

Oui

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.

NA

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

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à 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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	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

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).

Oui

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.

NA

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

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à 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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	En grande partie	

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

### Critère 22.a - Soins de longue durée

#### Demande d'examen et transmission des résultats

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).

Oui

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.

NA

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

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à la disposition des professionnels.

Oui

Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.

Oui



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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	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

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.

En grande partie

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.

Oui

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité en imagerie.

Non

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

**Critère 23.a - Court Séjour  
Éducation thérapeutique du patient**

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

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

Oui

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

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

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 oeuvre un programme d'ETP).	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en oeuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	Non	

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

**Critère 23.a - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Éducation thérapeutique du patient**

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en oeuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en oeuvre de programme autorisé, il lui est demandé de	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 oeuvre un programme d'ETP).	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en oeuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	Non	

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

**Critère 23.a - Soins de longue durée  
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.

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

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 oeuvre un programme d'ETP).	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en oeuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	Non	



## Référence 24: La sortie du patient

### Critère 24.a - Court Séjour Sortie du patient



## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier du patient" et de sa valeur de 11 % avec un intervalle de confiance à 95 % de [4 % - 18 %]pour la campagne 2011.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Sortie du patient" et il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation, entre autres une EPP sur la sortie du patient.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

## Référence 24: La sortie du patient

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier du patient" et de sa valeur de 98 % avec un intervalle de confiance de [95 % - 100 %] pour la campagne 2011.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Sortie du patient" et il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation, entre autres une EPP sur la sortie du patient.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

## Référence 24: La sortie du patient

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



## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

## Cotation

B

### 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.

Oui

Le service des urgences de l'établissement est un UPATOU. Son organisation est décrite dans le projet d'établissement, elle est connue des acteurs du territoire de santé.  
L'établissement adhère à la FMIH des urgences de la Sarthe depuis juin 2010. Une convention « Équipe commune urgences » a été signée avec le CH du Mans en janvier 2011.

Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.

Oui

Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé. Les coordonnées permettant de joindre les différents spécialistes sont affichées. Le planning des spécialistes présents dans l'établissement est également affiché.

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.).

En grande partie

Une organisation a été définie et formalisée en cas d'afflux de patients dans le cadre du plan blanc. Toutefois, compte tenu du nombre de passages (environ 7 500/an), l'établissement n'a pas formalisé de filières de soins par type de population accueillie. Les filières pour la prise en charge de certaines pathologies, telles que l'AVC et l'infarctus du myocarde, sont organisées avec le CH du Mans. Elles sont



	En grande partie	connues des professionnels concernés, mais ne font pas l'objet d'une formalisation.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	Oui	La disponibilité des lits est analysée en temps réel et consultable par les urgences dans le logiciel Hexagone. L'ensemble des services et notamment les services d'aval renseignent le logiciel de gestion des lits.
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	En grande partie	Le service ne dispose pas spécifiquement d'une infirmière d'accueil et d'orientation, l'établissement ayant identifié que le nombre de passages ne le nécessitait pas. Des actions de formation et de sensibilisation sont régulièrement effectuées au cours de réunions de service, mais il n'existe pas de programme formalisé.
L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).	Oui	L'établissement a défini la typologie des patients pouvant être admis directement dans les secteurs de soins : il s'agit des patients relevant des soins palliatifs, le service receveur est impliqué dans cette modalité de prise en charge. L'établissement n'a pas souhaité développer cette offre pour d'autres types de patients compte tenu de l'absence d'engorgement du service des urgences et de la continuité de l'accueil médical 24 h/24 dans ce service.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi des temps d'attente et de passage, selon le degré d'urgence, est en place.	Partiellement	Il existe une traçabilité des heures d'arrivée, de passage et de sortie des patients. Un indicateur mensuel de suivi des temps d'attente est en place. Le temps d'attente moyen est de 15 à 20 minutes. Mais cet indicateur ne tient pas compte de la typologie des patients ni du degré d'urgence.
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	Oui	Le circuit de recueil et de dysfonctionnement lié à la prise en charge des urgences est formalisé. Le système de recueil et de traitement des plaintes est opérationnel. Un questionnaire de satisfaction des usagers du service des urgences est en place.

Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en oeuvre.	Oui	Les actions d'amélioration prises en concertation avec les professionnels et les usagers sont inscrites au PAQS et suivies.
--	-----	---

## 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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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 oeuvre 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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

Oui

L'activité endoscopique digestive par voie haute est assurée par un prestataire médical externe une fois par semaine ; cette activité se déroule dans les anciens locaux de la chirurgie ambulatoire, permettant la sécurité et la conformité de cet acte à risque. Les processus sont identifiés et intègrent la réglementation, la traçabilité de l'acte et de la désinfection, le processus de désinfection du matériel thermosensible, la gestion des DASRI. La prise en charge des patients est assurée par une IDE spécifique et la désinfection du matériel par une équipe d'AS dédiées.

Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.

En grande partie

L'organisation du secteur est assurée par le cadre supérieur de santé qui délègue à l'IDE la planification des passages des patients en consultation et le vendredi pour la journée d'endoscopie. Lors de la consultation médicale, le médecin recueille tous les éléments cliniques et informe le patient des risques liés à l'acte. Les résultats de cette démarche sont tracés et classés dans le dossier du patient ; toutefois, la fiche risque ATNC (agents transmissibles non conventionnels - concept du prion) n'est plus notifiée et tracée. Le médecin opérateur, qui s'est entretenu par

	En grande partie	téléphone avec l'expert-visiteur le jour même, accepte de remettre en route la fiche de risque et signale qu'il interroge les patients sans noter les résultats, mais en réfutant les patients à risque. Le cadre supérieur de santé et l'ingénieur qualité remettent immédiatement la fiche recherche risque ATNC en place et la font viser par le médecin.
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	Oui	Les modalités d'échange d'informations avec les différents partenaires sont définies et appliquées.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	La gestion des rendez-vous est intégrée dans le système d'information de l'établissement.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	Le cadre supérieur de santé assure l'organisation de cette activité ambulatoire hebdomadaire.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Le process de désinfection des matériels thermosensibles et de stockage est conforme à la circulaire et aux recommandations, avant et après l'utilisation des dispositifs médicaux.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	En grande partie	La traçabilité des actes endoscopiques et de désinfection est assurée, hormis pour le risque ATNC.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	Le recueil des événements indésirables est assuré et donne lieu si besoin à des axes d'amélioration. Les experts ont pu constater la réactivité de l'établissement sur le risque ATNC.

La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	Partiellement	L'établissement n'a pas mis en place d'indicateurs de suivi sur le secteur d'endoscopie, mais il est à noter que l'activité est peu importante.
---	---------------	---

## 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.*

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

En grande partie

## PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.a

#### Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.

En grande partie

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 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 est non applicable.

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.

Oui



L'engagement des professionnels est effectif.	Partiellement	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Partiellement	

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.b Pertinence des soins

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

L'établissement a organisé l'identification des EPP liées aux enjeux de pertinence des soins. Cette organisation est formalisée dans l'annexe 2 de la politique qualité/gestion des risques de l'établissement. La structure support est la commission spécialisée de la CME élargie. Le choix des thèmes est ensuite validé par la CME et la CSIRMT.

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

Des EPP sur la pertinence de certains soins (prescriptions médicamenteuses, de scanners) ont été réalisées et ont permis la mise en place d'actions d'amélioration.

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

Oui

Des guides de bon usage des soins corrélés aux enjeux identifiés localement ont été mis à disposition des professionnels concernés, par exemple le guide d'antibiothérapie, les recommandations pour la prescription chez le sujet âgé. Des guides de bon usage des soins à destination des soignants et des médecins sont aussi disponibles sur l'intranet.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a structuré le suivi des actions d'amélioration, en particulier à travers le PAQS. Ce suivi s'applique lorsqu'une étude de pertinence dégage des actions d'amélioration. Plusieurs EPP ont fait l'objet d'une mesure d'impact. Chaque nouvelle EPP fait l'objet d'un suivi et d'indicateurs liés.</p>

## 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.

Partiellement

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.

En grande partie

Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs, lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.

Oui

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

# SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 22/11/2011 au 25/11/2011	Certification avec réserves	rapport de suivi	12
Rapport de suivi	JUIN 2013	Certification sans recommandation	/	/

	Visite initiale	Rapport de suivi
1.c (Démarche éthique)	Recommandation	Décision levée
18.b (Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement) - Court Séjour	Recommandation	Décision levée
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Recommandation	Décision levée
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de longue durée	Recommandation	Décision levée
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Recommandation	Décision levée
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de longue durée	Réserve	Décision levée
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
20.b (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) - Court Séjour	Réserve	Décision levée
20.b (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) - Soins de longue durée	Réserve	Décision levée
20.b (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Réserve	Décision levée

	Visite initiale	Rapport de suivi
28.b (Pertinence des soins)	Recommandation	Décision levée