



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left, dips down, and then rises towards the right, spanning across the middle of the page.

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

## **HOPITAL LOCAL DE LA LOUPE**

Rue du docteur morchoise - 28240 - La Loupe

MAI 2014

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b>	<b>4</b>
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
<b>1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>8</b>
<b>2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>11</b>
1. Niveau de certification	12
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	13
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	14
4. Critères investigués lors de la visite de certification	15
5. Suivi de la décision	16
<b>3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS</b>	<b>18</b>
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	21
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	23
3. Regard Patient	25
<b>4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>25</b>

<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES</b>	<b>29</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>31</b>
PARTIE 1.Management stratégique	32
PARTIE 2.Management des ressources	57
PARTIE 3.Management de la qualité et de la sécurité des soins	98
 <b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	 <b>124</b>
PARTIE 1. Droits et place des patients	125
PARTIE 2. Gestion des données du patient	195
PARTIE 3. Parcours du patient	220
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	323
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	337
 <b>6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	 <b>344</b>
 <b>7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	 <b>346</b>

# PREAMBULE

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

## 1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

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

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

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT



# HOPITAL LOCAL DE LA LOUPE

**Adresse :** Rue du docteur morchoise  
28240 La Loupe EURE-ET-LOIR

**Site internet:** <http://www.hopital-laloupe.fr>

**Statut :** Public

**Type d'établissement :** Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	15	0	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	17	0	0
Soins de longue durée	40	0	0

Nombre de sites.:	1 site: CH de LA LOUPE
Activités principales.:	MCO SSR USLD
Activités de soins soumises à autorisation.:	MCO SSR USLD
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Conventions avec : - CH de Chartres, - CH de Dreux, - CH de Nogent-le-Rotrou, - la clinique de la Maison blanche de Vernouillet, - la clinique Notre Dame de Bon Secours de Chartres, - la clinique Saint François de Mainvilliers, - les EHPAD de Senonches, de Châteauneuf-en-Thymerais, de Courville-sur-Eure,...
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Création d'activités nouvelles ou reconversions.:

/

## 2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1.Niveau de certification

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

### Décisions

#### RESERVE

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

#### RECOMMANDATIONS

11.c Court Séjour (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) ;11.c Soins de longue durée (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) ;11.c Soins de suite et/ou de réadaptation (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) .

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

17.a Soins de longue durée (Evaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisés) .

20.a bis Soins de longue durée (Prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation (Prise en charge médicamenteuse du patient) .

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement inscrites dans le volet Sécurité Sanitaire de la fiche interface HAS/ARS, la Haute Autorité de Santé demande à l'établissement de finaliser sa mise en conformité sur la sécurité incendie (avis favorable – actions en cours), la sécurité électrique (avis favorable – actions en cours) et l'hygiène alimentaire et eau d'alimentation (non-conformité moyenne faisant l'objet d'un avertissement administratif – action en cours).

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

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

#### 4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 18/03/2014 au 21/03/2014.

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

##### **MANAGEMENT STRATÉGIQUE**

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

##### **MANAGEMENT DES RESSOURCES**

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

##### **MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS**

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

##### **DROITS ET PLACE DES PATIENTS**

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

##### **GESTION DES DONNÉES DU PATIENT**

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

##### **PARCOURS DU PATIENT**

17.a Soins de longue durée, 18.a Court Séjour, 18.a Soins de longue durée, 18.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.a Personnes atteintes d'un handicap, 19.b Soins de longue durée, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.b Court Séjour, 20.a Soins de longue durée, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a Court Séjour, 20.a bis Court Séjour, 20.a bis Soins de longue durée, 20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.b Court Séjour, 21.a Soins de longue durée, 22.a Court Séjour, 22.a Soins de longue durée, 22.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 24.a Court Séjour, 24.a Soins de longue durée

##### **EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

28.a, 28.b, 28.c

## 5.Suivi de la décision

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



### 3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

### Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

### Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

- Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (1.f)
- Gestion des fonctions logistiques au domicile (6.g)
- Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins (8.a)
- Gestion des évènements indésirables (8.f)
- Maîtrise du risque infectieux (8.g)
- Système de gestion des plaintes et des réclamations (9.a)
- Prise en charge de la douleur (12.a)
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13.a)
- Gestion du dossier du patient (14.a)
- Accès du patient à son dossier (14.b)
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15.a)
- Prise en charge somatique des patients (17.b)
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge médicamenteuse du patient (20.a bis)
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25.a)
- Organisation du bloc opératoire (26.a)
- Organisation des autres secteurs

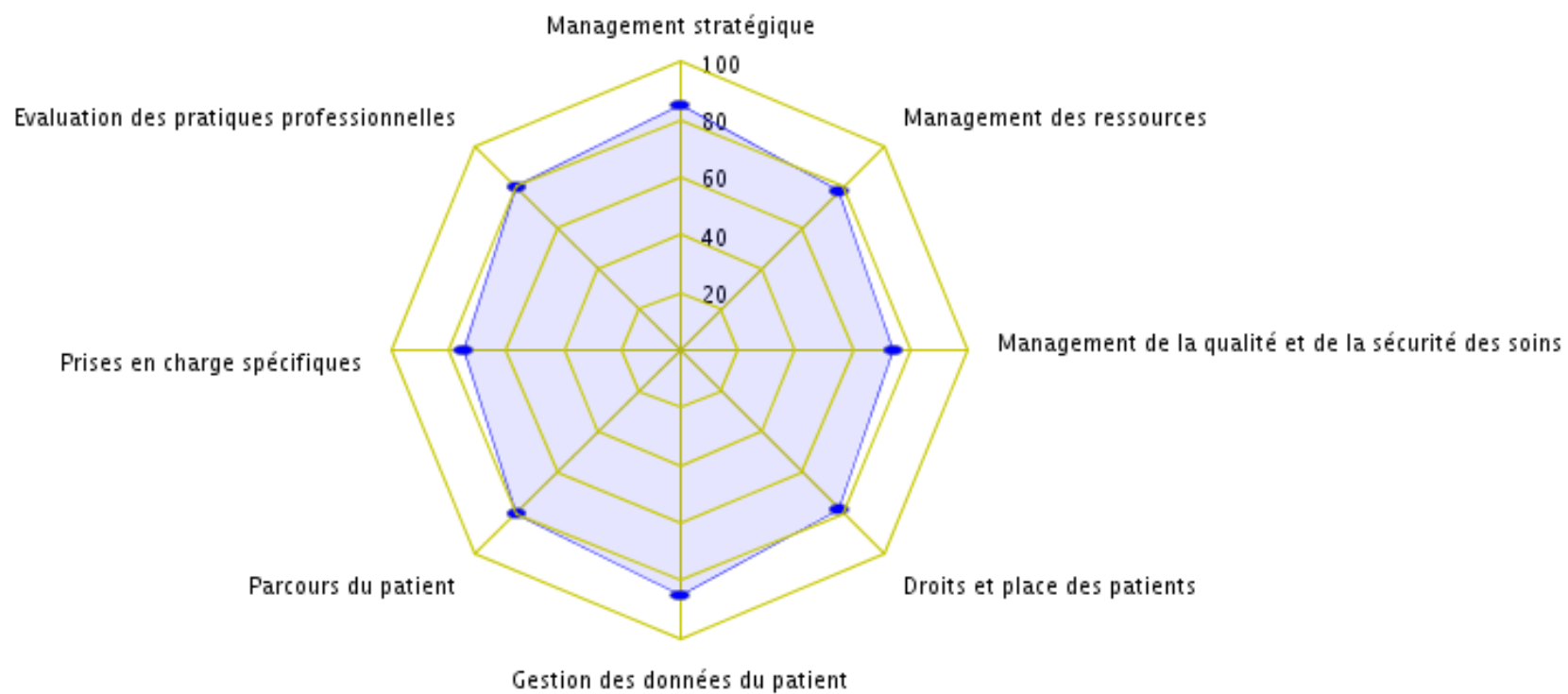
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

Critères sélectionnés par les représentants des usagers

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

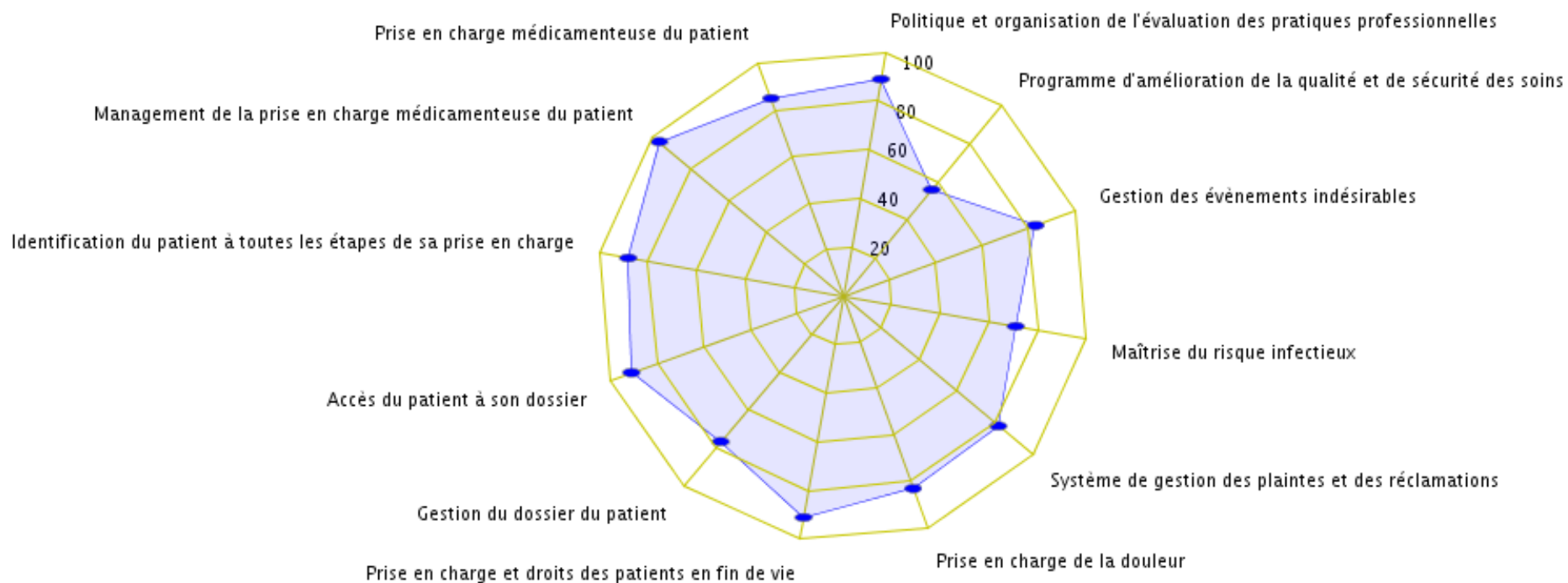
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

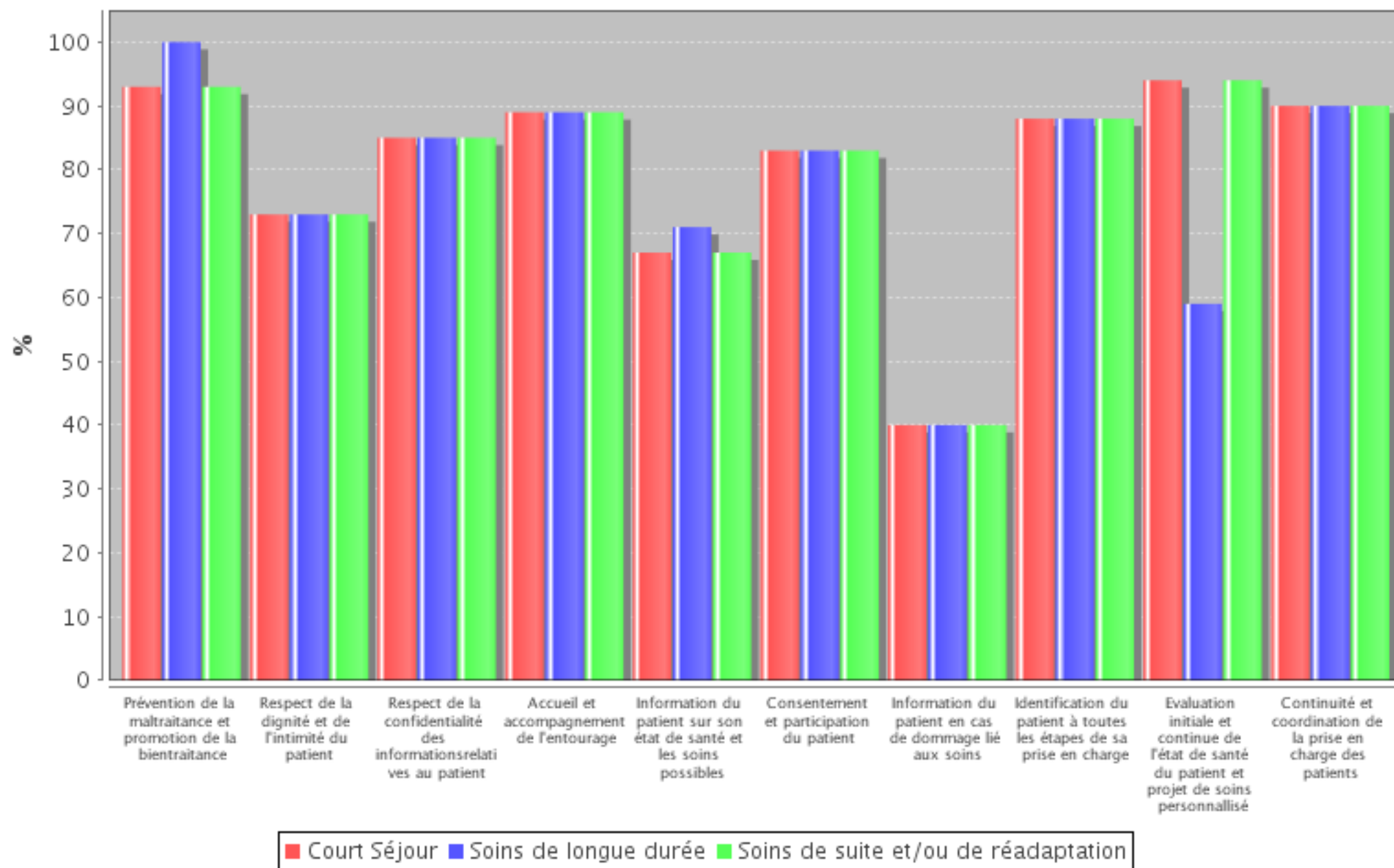


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



### 3. Regard patient



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



Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
18b (Une identification fiable et unique du patient est assurée.).	Type 1	Oui	<p>Une organisation pour obtenir une identification fiable et unique du patient a été mise en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédaction d'une politique d'identitovigilance,</li> <li>- Nomination d'un référent identitovigilance (fév 2010),</li> <li>- Création d'une cellule identitovigilance avec formation des membres (avril 2011),</li> <li>- Rédaction d'une procédure d'admission (mai 2011),</li> <li>- Réalisation d'une cartographie des risques a priori (juin 2011)</li> <li>- Gestion des événements indésirables liés à l'identitovigilance,</li> <li>- EPP identitovigilance.</li> </ul>
27a SLD (Des règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination sont mises en oeuvre pour assurer la continuité des soins.) ; 27a MCO (Des règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination sont mises en oeuvre pour assurer la continuité des soins.) ; 27a SSR (Des règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination sont mises en oeuvre pour assurer la continuité des soins.).	Type 1	Oui	<p>Dès avril 2010, l'établissement diffuse des annonces pour recruter des IDE de nuit.</p> <p>Dans l'attente du recrutement, une organisation transitoire a été mise en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de l'équipe de nuit par le positionnement systématique d'un agent dans chaque service.</li> <li>- Augmentation de l'amplitude horaire des IDE : passage en 12H00. Cette IDE est mobile sur l'ensemble des services.</li> </ul>
31c SLD (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.) ; 31c MCO (Les conditions d'administration du médicament au	Type 1	Oui	L'achat de matériel informatique ainsi que le renforcement des IDE de jour ont permis d'effectuer la traçabilité de l'administration du médicament en temps réel.

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.) ; 31c SSR (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.).			

## 5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
<b>Critère 1.a</b> <b>Valeurs, missions et stratégie de l'établissement</b>		
<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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

### Critère 1.b

#### Engagement dans le développement durable

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Un diagnostic « Développement durable » a été établi par l'établissement.

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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

En grande partie



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.	En grande partie	

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.d Politique des droits des patients

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<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.	Oui	
<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.	Partiellement	
<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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est diffusée dans l'établissement.	Oui	
Des objectifs et des indicateurs, validés par la direction, sont déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité.	En grande partie	

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.f

#### Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles



## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans le projet d'établissement 2011-2015 et dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle repose sur la prise en compte des recommandations de la certification de 2010 (identito-vigilance, circuit du médicament), des thématiques identifiées dans le référentiel HAS, de l'analyse des fiches d'événements indésirables et de la cartographie des risques qui sont un enjeu pour l'amélioration continue de la prise en charge des patients, objectif poursuivi par l'établissement. En lien avec l'état d'avancement des différentes démarches, un plan d'actions est proposé. Une Commission EPP a été créée en 2012 à cet effet, il s'agit d'une sous-commission de la CME. Elle dispose d'un référent médical et non médical et tous les services y sont impliqués. La Commission dispose d'un règlement intérieur.

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

Oui

La composition de la Commission, le lien direct avec la CME, les liens forts avec la CSIRMT ainsi que l'implication de la direction et des autres professionnels permettent la concertation entre professionnels. Les réunions de la



	Oui	Commission font l'objet de comptes-rendus et une communication systématique est faite sur chaque EPP auprès de la CME et de la CSIRMT et des autres instances ou commissions type CLUD, CLAN, COVIRIS, Comité d'identito-vigilance, etc. Chaque groupe de travail a également ses propres moyens de diffusion, des articles sont régulièrement rédigés dans le bulletin interne et les comptes-rendus de la Commission sont accessibles dans le logiciel de gestion documentaire.
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	Pour chacune des EPP, la composition du groupe est identifiée ainsi que le pilote. L'accompagnement méthodologique et le suivi sont effectués par le service qualité auprès des pilotes. L'état d'avancement, le suivi des indicateurs et leur réévaluation ainsi que le retour d'informations sont réalisés en Commission.
<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	L'accompagnement des professionnels est assuré par les pilotes des EPP, le service qualité ainsi que par la responsable de la Commission.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	En grande partie	Un référent médical a été identifié. Il assure le suivi de la plupart des EPP (état d'avancement et impact) via un tableau d'indicateurs et à travers les plans d'actions mis en œuvre.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Les professionnels sont informés par les instances et les commissions concernées (CME, CSIRMT, CLUD, Comité d'identito-vigilance), par le journal interne ainsi que par le logiciel de gestion documentaire.
<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.	En grande partie	L'établissement rend compte de l'état d'avancement de ses démarches en CME et en CSIRMT. Toutefois, les bilans ne sont pas formalisés et la périodicité n'est pas définie.

La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	En grande partie	Pour la plupart des EPP, la révision porte sur les objectifs, les actions mises en œuvre. Les ajustements se font en fonction des résultats (statistiques, audit), mesurant les améliorations à la suite des actions mises en œuvre.
--	------------------	--

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.g

#### Développement d'une culture qualité et sécurité

<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.	En grande partie	
<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.	En grande partie	
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.	Oui	
---	-----	--

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

### Critère 2.a

#### Direction et encadrement des secteurs d'activités

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

### Critère 2.b

#### Implication des usagers, de leurs représentants et des associations

Cotation	A	
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.	Oui	



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

### Critère 2.c Fonctionnement des instances

<b>Cotation</b>	<b>A</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie, et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leurs compétences.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

### Critère 2.d

#### Dialogue social et implication des personnels

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La concertation avec les partenaires sociaux est organisée.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions, favorisant l'implication et l'expression du personnel, sont mises en oeuvre au sein des secteurs d'activité.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	Des tableaux de bord comprenant le suivi de l'activité de l'hôpital, des indicateurs de comparaison annuelle, par discipline et nationaux, le suivi des effectifs, de la masse salariale, les indicateurs qualité sont élaborés, suivis en directoire, présentés aux instances. Les indicateurs d'activité et de qualité sont accessibles à tous les agents sur Internet. Néanmoins, le tableau de bord de pilotage n'est pas utilisé dans le cadre du dialogue de gestion, ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé en

	En grande partie	référence au seuil de progression au moment de la visite.
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	Oui	
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (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.	En grande partie	
Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.	Oui	
Les compétences spécifiques pour les activités à risques ou innovantes sont identifiées.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des dispositions sont mises en 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.	Partiellement	

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.	En grande partie	



### Référence 3: La gestion des ressources humaines

#### Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.*

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de prévention des risques sont mises en oeuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.	En grande partie	

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	Le programme de prévention des risques et le document unique sont évalués à périodicité définie sur la base du bilan du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et des événements indésirables. Cependant, ils ne s'appuient pas sur le bilan du service de santé, car celui-ci n'en fournit pas au directeur malgré les relances formulées par l'établissement.
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	Ces évaluations à périodicité définie sur la base du bilan du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et des événements indésirables conduisent à des actions d'améliorations. Néanmoins, ces évaluations ne s'appuient pas sur le bilan du service de santé, ce dernier n'existant pas.

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

#### Critère 3.d Qualité de vie au travail

<b>Cotation</b>	<b>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.	Partiellement	
<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.	En grande partie	
<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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement conduit une analyse des coûts dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement fixe chaque année des objectifs d'amélioration de l'efficience de ses organisations.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement conduit des études ou des audits sur ses principaux processus de production.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.

En grande partie

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

Partiellement

#### E3 Evaluer et améliorer

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

#### 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.

Oui

#### E3 Evaluer et améliorer

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.c Gestion documentaire

#### Cotation

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.

En grande partie

Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

Partiellement

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

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

### Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

<b>Cotation</b>	<b>A</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les situations identifiées font l'objet de dispositifs de sécurité adaptés (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

### Critère 6.b

#### Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

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

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



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

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Il existe une organisation permettant, dès l'admission du patient, de recueillir ses préférences alimentaires.	Oui	
Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Oui	
Les besoins par secteur sont quantifiés, et incluent les demandes en urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.	Partiellement	
Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	En grande partie	

Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.	Oui	
<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.	Partiellement	

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

### Critère 6.e Fonction transport des patients

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fonction transport des patients est organisée, y compris en cas de sous-traitance.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	



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

## 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.*

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie, et validée par l'EOH ou le CLIN (ou équivalent).	Oui	
La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Non	
Un suivi des différents types de rejet est assuré.	Non	
<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.

Oui

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

Oui

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.

Partiellement

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.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	



## 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.*

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un diagnostic énergétique est réalisé.	Oui	
Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.	En grande partie	
Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.	Partiellement	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi périodique est réalisé.	En grande partie	
Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.	Partiellement	

## 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.*

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

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.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 7.e Gestion des déchets

**Cotation**

**B**

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

En grande partie

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
<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.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	En grande partie	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Partiellement	

## 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		C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.	Oui	Le projet stratégique d'établissement élaboré pour la période 2011-2015 comporte une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins déclinée au sein d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pluriannuel. Ce dernier est constitué d'actions au niveau de l'établissement, déclinées pour celles qui le nécessitent en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activités.	
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Partiellement	Le programme a été rédigé en septembre 2010 et prend en compte les actions à mettre en place à la suite des recommandations et décisions de la certification ainsi que les objectifs de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. En revanche, il ne s'enrichit pas sur les cinq ans des objectifs et actions identifiés annuellement par le CLUD, le CLAN, la COMEDIMS, le CLIN, le groupe bientraitance, la Cellule identito-vigilance. De même, les actions définies à la suite de l'analyse des événements indésirables, des plaintes et des réclamations et celles issues de la cartographie des risques a priori n'y sont pas	



	Partiellement	inscrites.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le programme est soumis aux instances.	En grande partie	Le programme est présenté annuellement en COPIL qualité, en CSIRMT, CRUQPC et CME. Il n'est pas communiqué au sein du Conseil de surveillance.
<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 œuvre les actions du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins le concernant. Un délai est fixé pour chaque action du plan d'actions des secteurs d'activité. La désignation de responsable pour chaque action du plan d'actions des secteurs d'activité n'est pas réalisée et inscrite dans le programme.
<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.	Partiellement	Chaque secteur d'activité, sous-commission de CME, groupe projet fait régulièrement un point d'avancement de son plan d'actions et a minima une fois par trimestre. Pour toute action non réalisée dans le délai défini, une révision de leur plan d'actions est réalisée. Ces plans d'actions ne font pas tous l'objet d'un suivi au niveau de l'établissement du fait de leur non-intégration dans le programme d'établissement. Ce fonctionnement ne permet pas d'en assurer un pilotage global.

L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Partiellement	L'atteinte des objectifs du programme est mesurée annuellement dans chaque secteur et au sein des sous-commissions de CME et groupes projets. Cette mesure au niveau de l'établissement est quinquennale et non annuelle, périodicité d'élaboration du document. Les indicateurs nationaux IPAQSS, les indicateurs régionaux et les indicateurs de suivi élaborés par l'établissement contribuent à cette évaluation.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Partiellement	L'instance de décision (Conseil de surveillance) a examiné en 2011 la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de la validation du projet d'établissement. Elle n'a depuis pas examiné a minima une fois par an l'atteinte des objectifs du programme, ni décidé des ajustements à apporter au programme pour la période suivante.

## 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.	Oui	
<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.	Non	

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

### Critère 8.c Obligations légales et réglementaires

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.	Oui	
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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La direction assure un suivi du traitement des non-conformités.	En grande partie	
---	------------------	--

## 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.	Oui	
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.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi de la mise en oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	Non	
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Non	

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

### Critère 8.e Gestion de crise

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une Cellule de crise est opérationnelle.	En grande partie	



Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnelles.	Partiellement	
<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.	Partiellement	
Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.	Partiellement	

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

**Critère 8.f**  
**Gestion des évènements indésirables**



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Oui	Les modalités de signalement des événements indésirables sont formalisées au sein d'une procédure "Déclaration d'un événement indésirable", validée en décembre 2012. Les notions de gravité et de fréquence probable de répétition sont définies au sein d'un autre document. Les professionnels disposent d'une déclaration en ligne. Le traitement et l'analyse des événements indésirables sont gérés au sein de la Cellule qui se réunit mensuellement. Cette Cellule est constituée du directeur d'établissement, du cadre supérieur de santé, d'un médecin, des deux qualitiens, du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, du responsable du service technique et du responsable administratif et financier. Elle est chargée de l'analyse des événements. Les différents systèmes de recueil d'événements indésirables sont coordonnés au sein de cette Cellule.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	La formation des professionnels à l'utilisation du support informatique de signalement a été menée par un qualicien de l'établissement lors du déploiement du logiciel dédié. Celle des nouveaux arrivants et des stagiaires est assurée par les responsables de secteurs sur la base d'une fiche technique explicitant l'utilisation du logiciel.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et un qualicien ont été identifiés par l'établissement pour être formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. Cette formation s'est déroulée dans le cadre de l'obtention d'un DU "Gestion des risques" pour l'un et d'un master "Gestion des risques" pour l'autre. Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins a sensibilisé les membres de la Cellule de gestion des événements indésirables et des membres de CREX.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	La hiérarchisation des événements indésirables validée en Cellule mensuelle permet d'identifier les événements indésirables nécessitant une analyse des causes profondes. L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est structurée et participative, réalisée de façon régulière. Le document intitulé "Charte de CREX" précise les personnes concernées par cette analyse, les méthodes retenues au sein de l'établissement. La personne pilotant le CREX est formée aux méthodes utilisées.
<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	À la suite des analyses, des actions correctives sont identifiées. Un plan d'actions est élaboré permettant la coordination et un suivi structurés. La mise en œuvre des actions d'améliorations est hiérarchisée.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Partiellement	Les événements indésirables récurrents sont analysés une fois par an dans le cadre du dispositif "top ten". Les causes profondes de ces événements récurrents ne sont pas identifiées, ce qui ne permet pas la mise en œuvre d'actions correctives sur ces causes. Seules des actions immédiates sont inscrites sur les plans d'actions des fiches de

	Partiellement	signalement des événements indésirables du CHSCT par exemple (événements récurrents traités en 2013).
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Non	Un dispositif de mesure de l'efficacité des actions correctives n'est pas mis en place sur l'ensemble du programme et/ou actions concernées.

## 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>	A	
<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.	A	

## 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**



<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales</b>	<b>Classe associée à la valeur du score ICATB</b>	<b>Constats</b>
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	Partiellement	

## 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

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

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



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

### Critère 8.j Maîtrise du risque transfusionnel

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

<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.	En grande partie	

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

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

### Critère 8.k Gestion des équipements biomédicaux

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.	Partiellement	
Une procédure (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence), permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique, est formalisée et opérationnelle.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	

Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.	En grande partie	
Les patients et leurs familles sont informés de la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (alarme, etc.) des équipements biomédicaux installés au domicile.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<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.	Non	

## 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

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

En grande partie

L'établissement a mis en œuvre une organisation pour la gestion des réclamations et des plaintes. Le directeur est responsable des relations avec les usagers. Le recueil des plaintes et réclamations se fait sur un registre unique. La procédure de gestion des plaintes et réclamations est rédigée et disponible. La composition de la CRUQPC est conforme à la réglementation, les usagers et les patients sont informés par note et par le livret d'accueil des modalités pour formuler une plainte ainsi que des personnes à contacter, des missions de la CRUQPC et du dispositif de médiation. Toutefois, la CRUQPC ne se réunit que deux fois par an compte tenu de la taille de l'établissement, du temps médical disponible et du faible nombre de réclamations.

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

Oui

Le dispositif de déclaration des plaintes et réclamations est articulé avec celui des déclarations des événements indésirables. Les comptes-rendus des réunions de la CRUQPC sont rédigés ainsi que l'analyse des dysfonctionnements, par la Cellule traitant des événements indésirables.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	À réception d'une plainte, conformément à la procédure, une copie est adressée au service concerné qui procède à une enquête. Les éléments d'informations sont adressés au directeur qui rédige la réponse au plaignant. Les professionnels sont associés à la définition et à la mise en œuvre des actions d'améliorations. Les différents échanges avec les professionnels concernés sont tracés dans le registre.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	En grande partie	L'établissement accuse réception de la plainte ou réclamation dans un délai maximum de quatre jours. Après enquête auprès des acteurs concernés, le plaignant est informé des actions correctives réalisées ou à mettre en œuvre. Les modalités de recours à la médiation, si elles figurent dans le livret d'accueil et sont affichées, ne sont pas reprises dans le courrier accusant réception de la réclamation.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	En grande partie	L'intégralité des réclamations est transmise à la CRUQPC. Un bilan est réalisé tous les semestres ainsi qu'une analyse par motif et par service. Les délais de réponse sont très courts et les recommandations font l'objet d'un PAQ suivi en CRUQPC et remonté en COPIL qualité. Les recommandations émises par la CRUQPC ne figurent pas dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

## 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>	<b>A</b>	
<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.	Oui	
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

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	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

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



## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.b - Court Séjour

#### Respect de la dignité et de l'intimité du patient

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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 longue durée Respect de la dignité et de l'intimité du patient

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.c - Court Séjour

#### Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

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

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



## Référence 10: La bientraitance et les droits

**Critère 10.c - Soins de suite et/ou de réadaptation**  
**Respect de la confidentialité des informations relatives au patient**

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.c - Soins de longue durée

#### Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

<b>Cotation</b>		B	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	Partiellement		
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
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		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	Partiellement	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément 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	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	Partiellement	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément 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	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	Oui	
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Partiellement	
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.	Partiellement	
La réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	Oui	
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.	Partiellement	

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	Oui	
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Partiellement	
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.	Partiellement	
La réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	Oui	
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.	Partiellement	

## 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	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	Oui	
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Partiellement	
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.	Partiellement	
La réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	Oui	
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.).	Oui	
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	Partiellement	



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

### Critère 11.a - Court Séjour

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

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

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

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

L'accès à des ressources d'informations diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	Non	
<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 longue durée

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

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

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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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



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

### Critère 11.b - Soins de suite et/ou de réadaptation Consentement et participation du patient

Cotation	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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

### Critère 11.b - Soins de 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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

### Critère 11.c - Court Séjour

#### Information du patient en cas de dommage lié aux soins

<b>Cotation</b>	<b>C</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.	Oui	
<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.	Non	L'établissement n'a pas mis en œuvre d'actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins.
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	À la suite de la survenue de dommages (erreurs médicamenteuses, chutes), le médecin référent informe le patient ou ses proches en cas de troubles cognitifs ou d'incapacité de ce dernier à communiquer. La traçabilité de cette annonce au sein du dossier patient n'est pas exhaustive.
<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.	Non	À ce jour, aucune évaluation du dispositif n'a été menée. L'établissement explique cette absence par la diffusion récente de la procédure (octobre 2013) et l'absence de réflexion sur le sujet.
--	-----	---

## 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>C</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.	Oui	
<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.	Non	Aucune action de formation n'a été mise en œuvre auprès des professionnels relative à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins.
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	À la suite de la survenue de dommages (erreurs médicamenteuses, chutes), le médecin référent informe le patient ou ses proches en cas de troubles cognitifs ou d'incapacité de ce dernier à communiquer. La traçabilité de cette annonce au sein du dossier patient n'est pas exhaustive.
<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.	Non	L'établissement n'a pas évalué la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins, le dispositif étant mis en place récemment (octobre 2013).
--	-----	---



## 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>C</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.	Oui	
<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.	Non	Aucune action de formation des professionnels n'a été menée sur le sujet de l'annonce de dommages liés aux soins.
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	À la suite de la survenue d'un dommage (chutes, erreurs médicamenteuses), le médecin référent informe le résident ou ses proches selon ses capacités cognitives. La traçabilité de cette annonce dans le dossier du patient n'est pas exhaustive.
<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.	Non	Aucune évaluation du dispositif d'annonce en cas de dommages liés aux soins n'a été menée. L'établissement explique cette absence par la mise en place récente de la procédure (octobre 2013).
--	-----	--

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

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

La stratégie de prise en charge de la douleur est inscrite dans le projet d'établissement, dans le CPOM et dans le livret d'accueil du patient. Le CLUD, opérationnel depuis 2009, et dont la composition comprend tous les professionnels concernés, définit annuellement ses objectifs et les moyens de leur mise en œuvre.

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.

Partiellement

La procédure de prise en charge de la douleur définit la conduite à tenir pour évaluer la douleur avant et après traitement. Il n'existe pas de protocole analgésique : les prescripteurs ont fait le choix de prescrire les antalgiques au cas par cas pour toutes les situations. Des consignes sont prescrites "si besoin".

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.

En grande partie

Des formations sur le thème de la douleur sont inscrites annuellement au plan de formation de l'établissement. Les objectifs et les cibles de ces formations ne sont pas définis dans le programme du CLUD, les supports de formation ne sont retrouvés que pour 2013. Les membres du CLUD relaient dans le service les actions de sensibilisation à

	En grande partie	l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	L'éducation du patient est mise en œuvre systématiquement pour l'évaluation. Pour les traitements, elle porte surtout sur la gestion des effets secondaires. Il n'existe pas de supports d'information à l'égard des patients.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	L'évaluation de la douleur est systématiquement tracée dans le dossier informatisé du patient, avec l'échelle de mesure adaptée à son profil.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Le soulagement de la douleur fait l'objet d'un suivi et d'une traçabilité systématiques dans le dossier informatisé du patient, permettant la réévaluation des traitements.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les professionnels disposent des échelles Algoplus et ECPA, adaptées aux patients non communicants.
<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	Les référents "douleur", membres du CLUD, s'assurent de l'appropriation des outils par les professionnels. Un accompagnement spécifique a été effectué par une IDE titulaire d'un DU sur ce thème.
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	La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées par audits de dossiers, sur la traçabilité de l'évaluation, et par le biais des questionnaires de sortie des patients. Les comptes-rendus sont analysés en CLUD et font état de difficultés de réalisation et d'interprétation. Le dispositif d'évaluation n'est pas complètement formalisé.

Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	Les actions d'améliorations correspondant aux objectifs du CLUD et la conduite de l'EPP sur ce thème sont suivies régulièrement par cette instance. Toutefois, le plan d'actions du CLUD n'est pas formalisé.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	En grande partie	Des membres du CLUD ont participé au congrès régional de soins palliatifs. L'établissement bénéficie de la présence in situ de l'équipe d'appui départementale des soins palliatifs avec laquelle le partage d'expériences se trouve facilité. Il n'existe pas d'autres partages d'expériences.

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

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



## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

La stratégie de prise en charge de la douleur est inscrite dans le projet d'établissement, dans le CPOM et dans le livret d'accueil du patient. Le CLUD, opérationnel depuis 2009, et dont la composition comprend tous les professionnels concernés, définit annuellement ses objectifs et les moyens de leur mise en œuvre.

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.

Partiellement

La procédure de prise en charge de la douleur définit la conduite à tenir pour évaluer la douleur avant et après traitement. Il n'existe pas de protocole analgésique : les prescripteurs ont fait le choix de prescrire les antalgiques au cas par cas pour toutes les situations. Des consignes sont prescrites "si besoin".

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.

En grande partie

Des formations sur le thème de la douleur sont proposées annuellement, dont certains supports sont retrouvés. Les membres du CLUD relaient dans le service les actions de sensibilisation à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.

Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	L'éducation du patient est mise en œuvre systématiquement pour l'évaluation. Pour les traitements, elle porte surtout sur la gestion des effets secondaires. Il n'existe pas de supports d'information à l'égard des patients.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » et de sa valeur de 98 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [93 % – 100 %] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Le soulagement de la douleur fait l'objet d'un suivi et d'une traçabilité systématiques dans le dossier informatisé du patient, permettant la réévaluation des traitements.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les professionnels disposent des échelles Algoplus et ECPA, adaptées aux patients non communicants.
<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	Les référents "douleur", membres du CLUD, s'assurent de l'appropriation des outils par les professionnels. Un accompagnement spécifique a été effectué par une IDE titulaire d'un DU sur ce thème.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation : une EPP est conduite sur le thème de la douleur induite par les soins.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	Les actions d'améliorations correspondant aux objectifs du CLUD et la conduite de l'EPP sur ce thème sont suivies régulièrement par cette instance. Toutefois, le plan d'actions du CLUD n'est pas formalisé.

L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	En grande partie	Des membres du CLUD ont participé au congrès régional de soins palliatifs. L'établissement bénéficie de la présence in situ de l'équipe d'appui départementale des soins palliatifs avec laquelle le partage d'expériences se trouve facilité. Il n'existe pas d'autres partages d'expériences.
---	------------------	---



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

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



## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

La stratégie de prise en charge de la douleur est inscrite dans le projet d'établissement, dans le CPOM et dans le livret d'accueil du patient. Le CLUD, opérationnel depuis 2009, et dont la composition comprend tous les professionnels concernés, définit annuellement ses objectifs et les moyens de leur mise en œuvre.

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.

Partiellement

La procédure de prise en charge de la douleur définit la conduite à tenir pour évaluer la douleur avant et après traitement. Il n'existe pas de protocole analgésique : les prescripteurs ont fait le choix de prescrire les antalgiques au cas par cas pour toutes les situations. Des consignes sont prescrites "si besoin".

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.

En grande partie

Des formations sur le thème de la douleur sont proposées annuellement, dont certains supports sont retrouvés. Les membres du CLUD relaient dans le service les actions de sensibilisation à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.

Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	L'éducation à la prise en charge de la douleur est en grande majorité impossible en raison des fonctions cognitives très altérées des patients dans ce service.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	L'évaluation de la douleur est systématiquement tracée dans le dossier informatisé du patient, avec l'échelle de mesure adaptée à son profil.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Le soulagement de la douleur fait l'objet d'un suivi et d'une traçabilité systématiques dans le dossier informatisé du patient, permettant la réévaluation des traitements.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les professionnels disposent des échelles Algoplus et ECPA, adaptées aux patients non communicants.
<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	Les référents "douleur", membres du CLUD, s'assurent de l'appropriation des outils par les professionnels. Un accompagnement spécifique a été effectué par une IDE titulaire d'un DU sur ce thème.
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	La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées par audits de dossiers. Les comptes-rendus sont analysés en CLUD et font état de difficultés de réalisation et d'interprétation. Le dispositif d'évaluation n'est pas complètement formalisé.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	Les actions d'améliorations correspondant aux objectifs du CLUD et la conduite de l'EPP sur ce thème sont suivies régulièrement par cette instance. Toutefois, le plan d'actions du CLUD n'est pas formalisé.

L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	En grande partie	Des membres du CLUD ont participé au congrès régional de soins palliatifs. L'établissement bénéficie de la présence in situ de l'équipe d'appui départementale des soins palliatifs avec laquelle le partage d'expériences se trouve facilité. Il n'existe pas d'autres partages d'expériences.
---	------------------	---

## 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

La prise en charge des patients en fin de vie est organisée autour de professionnels de l'établissement ayant obtenu un DU "Soins palliatifs" (une infirmière) et un DU "Soins continus" (un médecin), de l'équipe d'appui départementale soins palliatifs et de formation des équipes. Le service de médecine dispose de deux LISP autorisés depuis 2004. Des indicateurs suivis permettent l'analyse de fonctionnement tels que le taux de pertinence des admissions en LISP pour les patients venant d'un autre établissement.

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

Partiellement

L'établissement ne dispose pas de procédure permettant de tracer dans le dossier du patient l'existence de directives anticipées et leur contenu ainsi que les volontés du patient relatives aux actes et soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie. Cependant, une réflexion a été menée dans le cadre d'une EPP "Directives anticipées" avec mise en place d'une organisation afin de renforcer leur traçabilité dans le dossier patient informatisé ainsi que l'adhésion des équipes

	Partiellement	à l'information des patients.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	L'information des patients est assurée par la mise à disposition du livret d'accueil comportant une rubrique sur les droits des patients et par l'information orale faite par les médecins.
<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.	En grande partie	Des projets de prise en charge adaptée à la situation des patients sont mis en œuvre, reposant notamment sur un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches assuré par les deux professionnels formés à la démarche palliative ainsi que par l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs. La formation des professionnels de santé aux soins palliatifs est reconduite tous les ans, permettant l'actualisation des connaissances de 12 agents sur l'ensemble de l'établissement. Le soutien des équipes est mené dans le cadre de la supervision assurée par les professionnels diplômés (infirmière et médecin). La tenue de réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires (excepté la psychologue) complète le dispositif mis en place. La démarche de projet personnalisé de soins permet de soulager la douleur, d'apaiser la souffrance psychique, d'assurer la meilleure qualité de vie possible et de respecter la dignité de la personne, d'offrir une réponse aux besoins spirituels exprimés par le patient. Elle n'apparaît pas formalisée en tant que telle dans le dossier du patient.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les professionnels de santé du service de médecine, fréquemment confrontés à des situations nécessitant la mise en œuvre de soins palliatifs, bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences en soins palliatifs (formations annuelles reconduites sur la prise en charge en soins palliatifs, supervision par l'infirmière et le

	Oui	médecin diplômés).
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Le service de médecine organise des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires visant à réévaluer les stratégies de soins mises en place et à assurer la compréhension par tous des enjeux et des objectifs poursuivis par la mise en place de la démarche. Selon les besoins, l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs peut intervenir.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	En grande partie	Les professionnels, en cas de besoin, bénéficient de supervisions menées par des référents soins palliatifs (infirmière et médecin), de l'équipe d'appui départementale et d'échanges avec la bénévole de l'association JALMALV. La psychologue de l'établissement n'assure pas de groupe de parole, mais un suivi individuel selon les demandes.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	L'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005 est conduite lors des sessions de formations annuelles "soins palliatifs". La fiche d'information sur les directives anticipées du ministère de la Santé sert aussi de moyen d'information des professionnels, mis à disposition dans la gestion électronique documentaire de l'établissement.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Une convention a été signée entre l'établissement et l'association JALMALV en 2008. Une bénévole intervient une fois par semaine au sein du service de médecine. Elle trace son intervention et ses transmissions directement dans le dossier informatisé du patient.
<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,	Oui	La prise en charge des patients en fin de vie au sein du service de médecine se fait dans le cadre de l'autorisation en LISP. Deux EPP en structurent le dispositif d'évaluation (pertinence des admissions de patients venant d'un autre

etc.).	Oui	établissement et respect des droits des patients en fin de vie : modalités de recueil des volontés). La présentation de l'état d'avancement de ces EPP en CME, CSIRMT et CRUQPC participe à l'organisation de la concertation avec les instances concernées.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Lors des réunions de synthèse hebdomadaires, des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées au sein du service de médecine quand l'équipe se trouve confrontée aux décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs. La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'améliorations ont été identifiées dans le cadre des EPP portant sur les critères d'inclusion des patients admis sur les LISP, sur l'organisation de l'information des patients sur les directives anticipées et l'organisation de leur recueil. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont assurés par les pilotes des EPP avec point d'avancement régulier en Commission EPP et suivi d'indicateurs (taux de pertinence d'admission de patients en LISP).

## 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

La prise en charge des patients en fin de vie est organisée autour de professionnels de l'établissement ayant obtenu un DU "Soins palliatifs" (une infirmière) et un DU "Soins continus" (un médecin), de l'équipe d'appui départementale soins palliatifs et de formation des équipes. Le service de médecine dispose de deux LISP autorisés depuis 2004. Des indicateurs suivis permettent l'analyse de fonctionnement tels que le taux de pertinence des admissions en LISP pour les patients venant d'un autre établissement.

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

Partiellement

L'établissement ne dispose pas de procédure permettant de tracer dans le dossier du patient l'existence de directives anticipées et leur contenu ainsi que les volontés du patient relatives aux actes et soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie. Cependant, une réflexion a été menée dans le cadre d'une EPP "Directives anticipées" avec mise en place d'une organisation afin de renforcer leur traçabilité dans le dossier patient informatisé ainsi que l'adhésion des équipes



	Partiellement	à l'information des patients.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	L'information des patients est assurée par la mise à disposition du livret d'accueil comportant une rubrique sur les droits des patients et par l'information orale faite par les médecins.
<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.	En grande partie	Des projets de prise en charge adaptée à la situation des patients sont mis en œuvre, reposant notamment sur un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches assuré par les deux professionnels formés à la démarche palliative ainsi que par l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs. La formation des professionnels de santé aux soins palliatifs est reconduite tous les ans, permettant l'actualisation des connaissances de 12 agents sur l'ensemble de l'établissement. Le soutien des équipes est mené dans le cadre de la supervision assurée par les professionnels diplômés (infirmière et médecin). La tenue de réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires (excepté la psychologue) complète le dispositif mis en place. La démarche de projet personnalisé de soins permet de soulager la douleur, d'apaiser la souffrance psychique, d'assurer la meilleure qualité de vie possible et de respecter la dignité de la personne, d'offrir une réponse aux besoins spirituels exprimés par le patient. Elle n'apparaît pas formalisée en tant que telle dans le dossier du patient.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les professionnels de santé du service de SSR fréquemment confrontés à des situations nécessitant la mise en œuvre de soins palliatifs bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences en soins palliatifs (formations annuelles reconduites sur la prise en charge en soins palliatifs, supervision par l'infirmière et le médecin

	Oui	diplômés).
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Le service de SSR organise des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires visant à réévaluer les stratégies de soins mises en place et à assurer la compréhension par tous des enjeux et des objectifs poursuivis par la mise en place de la démarche. Selon les besoins, l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs peut intervenir.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Les professionnels, en cas de besoin, bénéficient de supervisions menées par des référents soins palliatifs (infirmière et médecin), de l'équipe d'appui départementale et d'échanges avec la bénévole de l'association JALMALV. Les réunions de synthèse sont aussi des moments d'échanges et de soutien cités par les professionnels.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	L'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005 est conduite lors des sessions de formations annuelles "soins palliatifs". La fiche d'information sur les directives anticipées du ministère de la Santé sert aussi de moyen d'information des professionnels, mis à disposition dans la gestion électronique des documents de l'établissement.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Une convention a été signée entre l'établissement et l'association JALMALV en 2008. Une bénévole intervient une fois par semaine. Elle trace son intervention et ses transmissions directement dans le dossier informatisé du patient.
<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,	Oui	La prise en charge des patients en fin de vie au sein du service de SSR fait l'objet d'une évaluation dans le cadre de l'EPP relative au respect des droits des patients en fin de vie : modalités de recueil des volontés. La présentation de l'état

etc.).	Oui	d'avancement de cette EPP en CME, CSIRMT et CRUQPC participe à l'organisation de la concertation avec les instances concernées.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Lors des réunions de synthèse hebdomadaires, des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées au sein du service de SSR quand l'équipe se trouve confrontée aux décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs. La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'améliorations ont été identifiées dans le cadre des EPP portant sur les critères d'inclusion des patients admis sur les LISP, sur l'organisation de l'information des patients sur les directives anticipées et l'organisation de leur recueil. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont assurés par les pilotes des EPP avec point d'avancement régulier en Commission EPP et suivi d'indicateurs (taux de pertinence d'admission de patients en LISP).

## 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

La prise en charge des patients en fin de vie est organisée autour de professionnels de l'établissement ayant obtenu un DU "Soins palliatifs" (une infirmière) et un DU "Soins continus" (un médecin), de l'équipe d'appui départementale soins palliatifs et de formation des équipes. Le service de médecine dispose de deux LISP autorisés depuis 2004. Des indicateurs suivis permettent l'analyse de fonctionnement tels que le taux de pertinence des admissions en LISP pour les patients venant d'un autre établissement.

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

Partiellement

L'établissement ne dispose pas de procédure permettant de tracer dans le dossier du patient l'existence de directives anticipées et leur contenu ainsi que les volontés du patient relatives aux actes et soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie. Cependant, une réflexion a été menée dans le cadre d'une EPP "Directives anticipées" avec mise en place d'une organisation afin de renforcer leur traçabilité dans le dossier patient informatisé ainsi que l'adhésion des équipes

	Partiellement	à l'information des patients.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	L'information des patients est assurée par la mise à disposition du livret d'accueil comportant une rubrique sur les droits des patients et par l'information orale faite par les médecins.
<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.	En grande partie	Des projets de prise en charge adaptée à la situation des patients sont mis en œuvre reposant notamment sur un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches assuré par les deux professionnels formés à la démarche palliative ainsi que par l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs. La formation des professionnels de santé aux soins palliatifs est reconduite tous les ans permettant l'actualisation des connaissances de 12 agents sur l'ensemble de l'établissement. Le soutien des équipes est mené dans le cadre de la supervision assurée par les professionnels diplômés (infirmière et médecin). La tenue de réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires (excepté la psychologue) complète le dispositif mis en place. La démarche de projet personnalisé de soins permet de soulager la douleur, d'apaiser la souffrance psychique, d'assurer la meilleure qualité de vie possible et de respecter la dignité de la personne, d'offrir une réponse aux besoins spirituels exprimés par le patient. Elle n'apparaît pas formalisée en tant que telle dans le dossier du patient.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les professionnels de santé du service de SLD, fréquemment confrontés à des situations nécessitant la mise en œuvre de soins palliatifs, bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences en soins palliatifs (formations annuelles reconduites sur la prise en charge en soins palliatifs, supervision par l'infirmière responsable de l'unité

	Oui	et le médecin diplômés tous deux de DU).
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Le service de SLD organise des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires visant à réévaluer les stratégies de soins mises en place et à assurer la compréhension par tous des enjeux et des objectifs poursuivis par la mise en place de la démarche. Selon les besoins, l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs peut intervenir.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Les professionnels, en cas de besoin, bénéficient de supervisions menées par des référents soins palliatifs (infirmière et médecin), de l'équipe d'appui départementale et d'échanges avec la bénévole de l'association JALMALV. Les réunions de synthèse sont aussi des moments d'échanges et de soutien cités par les professionnels.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	L'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005 est conduite lors des sessions de formations annuelles "soins palliatifs". La fiche d'information sur les directives anticipées du ministère de la Santé sert aussi de moyen d'information des professionnels, mis à disposition dans la gestion électronique des documents de l'établissement.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Une convention a été signée entre l'établissement et l'association JALMALV en 2008. Une bénévole intervient une fois par semaine. Elle trace son intervention et ses transmissions directement dans le dossier informatisé du patient.
<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,	Oui	La prise en charge des patients en fin de vie au sein du service de SLD fait l'objet d'une évaluation dans le cadre de l'EPP relative au respect des droits des patients en fin de vie : modalités de recueil des volontés. La présentation de l'état

etc.).	Oui	d'avancement de cette EPP en CME, CSIRMT et CRUQPC participe à l'organisation de la concertation avec les instances concernées.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Lors des réunions de synthèse hebdomadaires, des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées au sein du service de SLD quand l'équipe se trouve confrontée aux décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs. La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'améliorations ont été identifiées dans le cadre des EPP portant sur les critères d'inclusion des patients admis sur les LISP, sur l'organisation de l'information des patients sur les directives anticipées et l'organisation de leur recueil. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont assurés par les pilotes des EPP avec point d'avancement régulier en Commission EPP et suivi d'indicateurs (taux de pertinence d'admission de patients en LISP).

## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT



## Référence 14: Le dossier du patient

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



**Cotation**

**C**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

En grande partie

La tenue du dossier patient est inscrite dans le guide "Gestion et tenue du dossier patient" qui précise toutes les modalités de tenue pour ses supports informatisés et non informatisés. Les règles d'utilisation par les professionnels, les modalités de classement, d'archivage et de conservation y sont aussi inscrites. Le processus d'information des professionnels sur les règles de tenue est basé sur ce guide mis à leur disposition dans la gestion documentaire via l'Intranet de l'établissement. Les nouveaux professionnels et les étudiants en soins infirmiers ou aides-soignants sont informés par compagnonnage. Le dispositif d'information n'est pas structuré avec définition d'objectifs, identification de cibles et de moyens de communication adaptés.

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

Les règles d'accès au dossier par les professionnels sont formalisées au sein du guide "Gestion et tenue du dossier patient", chapitre "Circuit du dossier". Ainsi, le dossier patient unique papier est extrait des archives médicales et transmis dans l'unité hébergeant le patient. Pour les données des séjours antérieurs saisies dans le dossier

	En grande partie	patient informatisé, les droits d'accès établis par le médecin DIM établissent les règles. L'information des professionnels (y compris intervenants extérieurs) sur les règles en place est assurée par la mise à disposition du guide via l'Intranet de l'établissement et par les professionnels présents au sein de l'équipe. Le dispositif d'information n'est pas structuré avec définition d'objectifs, identification de cibles et de moyens de communication adaptés.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	L'ensemble des intervenants dispose au sein du dossier patient informatisé de fiches et emplacements où la saisie des éléments recueillis est réalisée. La notion de temps utile, définie dans le guide en termes d'informations recueillies lors de l'accueil dans les services de soins au moment de l'admission, au cours et à la fin du séjour, est mise en application.
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	L'établissement met en œuvre un système de communication du dossier entre les professionnels de l'établissement via le dossier informatisé. Les médecins libéraux disposent d'un accès sécurisé à ce dossier. Pour les correspondants externes, des supports du dossier sont édités et transmis sous enveloppe fermée. Les modalités de communication sont formalisées par écrit au sein du guide et définissent les supports et modes de communication utilisés, les règles d'accessibilité, de confidentialité. La notion de temps utile est définie dans ce guide en regard du parcours du patient (admission, pendant le séjour et à la sortie). Le compte-rendu d'hospitalisation n'est pas intégré dans le dossier médical personnel (DMP), ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
<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.	Partiellement	Le dispositif d'évaluation de la gestion du patient n'est pas structuré avec définition d'objectifs de l'évaluation, identification de la personne en charge de coordonner et/ou réaliser l'évaluation, définition de périodicité des évaluations et des outils d'évaluation. L'établissement non assujetti à l'indicateur "Tenue du dossier patient" n'a pas participé à la campagne 2011 et n'a pas procédé à des IPAQSS hors protocole HAS pour les séjours de médecine sur les années suivantes. Des années 2010 à 2013, un audit a porté sur la présence de documents au sein du dossier papier (fiche de recueil de la désignation de la personne de confiance, fiche alimentation hydratation, densité urinaire). Par ailleurs, la traçabilité de certains éléments au cours de la prise en charge a été mesurée dans le cadre de la conduite d'EPP (présence de poids, taille, IMC, préalbumine, etc.). À noter que l'établissement a recueilli les indicateurs « Hôpital numérique » associés au moment de la visite.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	À la suite de la vérification de la traçabilité de certains éléments au cours de la prise en charge des patients, des actions d'améliorations ont été identifiées et mises en place afin de renforcer le taux de traçabilité.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

C

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

En grande partie

La tenue du dossier patient est inscrite dans le guide "Gestion et tenue du DP" qui précise toutes les modalités de tenue pour ses supports informatisés et non informatisés. Les règles d'utilisation par les professionnels, les modalités de classement, d'archivage et de conservation y sont aussi inscrites. Le processus d'information des professionnels sur les règles de tenue est basé sur ce guide mis à leur disposition dans la gestion documentaire via l'Intranet de l'établissement. Les nouveaux professionnels et les étudiants en soins infirmiers ou aides-soignants sont informés par compagnonnage. Le dispositif d'information n'est pas structuré avec définition d'objectifs, identification de cibles et de moyens de communication adaptés.

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

Les règles d'accès au dossier par les professionnels sont formalisées au sein du guide "Gestion et tenue du DP", chapitre "Circuit du dossier". Ainsi, le dossier patient unique papier est extrait des archives médicales et transmis dans l'unité hébergeant le patient. Pour les données des séjours antérieurs saisies dans le dossier patient informatisé, les droits d'accès établis par le médecin DIM établissent les

	En grande partie	règles. L'information des professionnels (y compris intervenants extérieurs) sur les règles en place est assurée par la mise à disposition du guide via l'Intranet de l'établissement et par les professionnels présents au sein de l'équipe. Le dispositif d'information n'est pas structuré avec définition d'objectifs, identification de cibles et de moyens de communication adaptés.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 80 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [76 % – 84 %] pour la campagne de recueil 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	L'établissement met en œuvre un système de communication du dossier entre les professionnels de l'établissement via le dossier informatisé. Les médecins libéraux disposent d'un accès sécurisé à ce dossier. Pour les correspondants externes, des supports du dossier sont édités et transmis sous enveloppe fermée. Les modalités de communication sont formalisées par écrit au sein du guide et définissent les supports et modes de communication utilisés, les règles d'accessibilité, de confidentialité. La notion de temps utile est définie dans ce guide en regard du parcours du patient (admission, pendant le séjour et à la sortie). Toutefois, le courrier de fin d'hospitalisation était envoyé dans les huit jours dans 28 % des cas, sur les données 2011. Le compte-rendu d'hospitalisation n'est pas intégré dans le dossier médical personnel (DMP), ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
<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 patient ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation portant sur la conformité du courrier de fin d'hospitalisation évaluée en 2013 et la traçabilité de certains éléments au

	Oui	cours de la prise en charge a été mesurée dans le cadre de la conduite d'EPP (présence de poids, taille, IMC, préalbumine, etc.). À noter que l'établissement a recueilli les indicateurs « Hôpital numérique » associés au moment de la visite.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	À la suite de la vérification de la traçabilité de certains éléments au cours de la prise en charge des patients, des actions d'améliorations ont été identifiées et mises en place afin de renforcer le taux de traçabilité (taux de traçabilité de l'évaluation de la douleur et de sa réévaluation, sensibilisation en CME des médecins pour la saisie de l'examen clinique initial, etc.).

## Référence 14: Le dossier du patient

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



**Cotation**

**C**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

En grande partie

La tenue du dossier patient est inscrite dans le guide "Gestion et tenue du DP" qui précise toutes les modalités de tenue pour ses supports informatisés et non informatisés. Les règles d'utilisation par les professionnels, les modalités de classement, d'archivage et de conservation y sont aussi inscrites. Le processus d'information des professionnels sur les règles de tenue est basé sur ce guide mis à leur disposition dans la gestion documentaire via l'Intranet de l'établissement. Les nouveaux professionnels et les étudiants en soins infirmiers ou aides-soignants sont informés par compagnonnage. Le dispositif d'information n'est pas structuré avec définition d'objectifs, identification de cibles et de moyens de communication adaptés.

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

Les règles d'accès au dossier par les professionnels sont formalisées au sein du guide "Gestion et tenue du DP", chapitre "Circuit du dossier". Ainsi, le dossier patient unique papier est extrait des archives médicales et transmis dans l'unité hébergeant le patient. Pour les données des séjours antérieurs saisies dans le dossier patient informatisé, les droits d'accès établis par le médecin DIM établissent les

	En grande partie	règles. L'information des professionnels (y compris intervenants extérieurs) sur les règles en place est assurée par la mise à disposition du guide via l'Intranet de l'établissement et par les professionnels présents au sein de l'équipe. Le dispositif d'information n'est pas structuré avec définition d'objectifs, identification de cibles et de moyens de communication adaptés.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	L'ensemble des intervenants dispose au sein du dossier patient informatisé de fiches et emplacements où la saisie des éléments recueillis est réalisée. La notion de temps utile, définie dans le guide en termes d'informations recueillies lors de l'accueil dans les services de soins au moment de l'admission, au cours et à la fin du séjour, est mise en application.
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	L'établissement met en œuvre un système de communication du dossier entre les professionnels de l'établissement via le dossier informatisé. Les médecins libéraux disposent d'un accès sécurisé à ce dossier. Pour les correspondants externes, des supports du dossier sont édités et transmis sous enveloppe fermée. Les modalités de communication sont formalisées par écrit au sein du guide et définissent les supports et modes de communication utilisés, les règles d'accessibilité, de confidentialité. La notion de temps utile est définie dans ce guide en regard du parcours du patient (admission, pendant le séjour et à la sortie). Le compte-rendu d'hospitalisation n'est pas intégré dans le dossier médical personnel (DMP), ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
<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.	Partiellement	Le dispositif d'évaluation de la gestion du patient n'est pas structuré avec définition d'objectifs de l'évaluation, identification de la personne en charge de coordonner et/ou réaliser l'évaluation, définition de périodicité des évaluations



	Partiellement	et des outils d'évaluation. Des années 2010 à 2013, un audit a porté sur la présence de documents au sein du dossier papier (fiche de recueil de la désignation de la personne de confiance, fiche alimentation hydratation, densité urinaire). Par ailleurs, la traçabilité de certains éléments au cours de la prise en charge a été mesurée dans le cadre de la conduite d'EPP (présence de poids, taille, IMC, préalbumine, etc.). À noter que l'établissement a recueilli les indicateurs « Hôpital numérique » associés au moment de la visite.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	À la suite de la vérification de la traçabilité de certains éléments au cours de la prise en charge des patients, des actions d'améliorations ont été identifiées et mises en place afin de renforcer le taux de traçabilité.

## 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	Le guide de gestion et de tenue du dossier patient est formalisé conformément à la réglementation. Il précise les règles d'accès du patient à son dossier ou des ayants droit.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est informé par le livret d'accueil des modalités d'accès à son dossier. Ce livret fait l'objet d'une présentation par le personnel au patient. La Charte du patient hospitalisé est également affichée dans les différents services.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	En grande partie	Le nombre de demandes d'accès au dossier patient est très faible (quatre demandes en 2013), et le délai réglementaire de communication est inférieur à huit jours pour un dossier datant de moins de cinq ans et inférieur à deux mois pour un dossier datant de plus de cinq ans. Cependant, une personne référente n'a pas été identifiée pour assurer le respect des délais d'accès du patient à son dossier.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Les demandes d'accès au dossier médical font l'objet d'un suivi dans le cadre de l'enquête en ligne réalisée par l'ARS (un dossier en 2012, quatre en 2013). Les dossiers étant transmis dans les délais, la mise en place d'actions d'améliorations n'a pas été nécessaire.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRUQPC est informée du nombre de demandes d'accès, de la personne qui a demandé, de la nature de la démarche et du délai de réponse.

## 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	Le guide de gestion et de tenue du dossier patient est formalisé conformément à la réglementation. Il précise les règles d'accès du patient à son dossier ou des ayants droit.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est informé par le livret d'accueil des modalités d'accès à son dossier. Ce livret fait l'objet d'une présentation par le personnel au patient. La Charte du patient hospitalisé est également affichée dans les différents services.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	En grande partie	Le nombre de demandes d'accès au dossier patient est très faible (quatre demandes en 2013), et le délai réglementaire de communication est inférieur à huit jours pour un dossier datant de moins de cinq ans et inférieur à deux mois pour un dossier datant de plus de cinq ans. Cependant, une personne référente n'a pas été identifiée pour assurer le respect des délais d'accès du patient à son dossier.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Les demandes d'accès au dossier médical font l'objet d'un suivi dans le cadre de l'enquête en ligne réalisée par l'ARS (un dossier en 2012, quatre en 2013). Les dossiers étant transmis dans les délais, la mise en place d'actions d'améliorations n'a pas été nécessaire.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRUQPC est informée du nombre de demandes d'accès, de la personne qui a demandé, de la nature de la démarche et du délai de réponse.

## 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	Le guide de gestion et de tenue du dossier patient est formalisé conformément à la réglementation. Il précise les règles d'accès du patient à son dossier ou des ayants droit.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est informé par le livret d'accueil des modalités d'accès à son dossier. Ce livret fait l'objet d'une présentation par le personnel au patient. La Charte du patient hospitalisé est également affichée dans les différents services.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	En grande partie	Le nombre de demandes d'accès au dossier patient est très faible (quatre demandes en 2013), et le délai réglementaire de communication est inférieur à huit jours pour un dossier datant de moins de cinq ans et inférieur à deux mois pour un dossier datant de plus de cinq ans. Cependant, une personne référente n'a pas été identifiée pour assurer le respect des délais d'accès du patient à son dossier.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Les demandes d'accès au dossier médical font l'objet d'un suivi dans le cadre de l'enquête en ligne réalisée par l'ARS (un dossier en 2012, quatre en 2013). Les dossiers étant transmis dans les délais, la mise en place d'actions d'améliorations n'a pas été nécessaire.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRUQPC est informée du nombre de demandes d'accès, de la personne qui a demandé, de la nature de la démarche et du délai de réponse.

## 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 mise en place pour fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. L'objectif est d'améliorer l'identification du patient au sein de l'établissement et de contribuer à l'amélioration des interfaces des systèmes d'information : une Charte a été rédigée à cet effet, une Cellule identito-vigilance existe depuis 2010 et des référents sont désignés et formés dans chaque service. Une fiche de poste est rédigée pour le référent identito-vigilance. Un logiciel dédié aux admissions permet d'alerter en cas d'homonymie et est interfacé avec le logiciel du dossier de soins. Les déclarations à la CNIL sont faites. Des affiches à l'admission sensibilisent le patient à l'importance du respect de l'identité. Toutefois, l'INS n'est pas intégré dans le référentiel unique d'identité des patients. Ce qui confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.

### 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 a été formé en 2011 dans le cadre de la formation continue de l'établissement et les nouveaux arrivants font l'objet d'une formation à l'identito-vigilance par les référents.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Le personnel administratif dispose d'un guide des admissions, d'une procédure d'identification du patient qui définit les modalités de création d'une identité. Une check-list d'identification du patient a également été rédigée pour les agents. À l'admission, la carte d'identité et la carte Vitale sont demandées au patient, une photocopie de la carte d'identité est également transmise au service. La référente identito-vigilance identifie les doublons, qui font l'objet d'une fiche de suivi.
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	La Charte d'identification du patient s'applique également dans les services de soins et lors de transferts. Le personnel soignant est formé à la nécessité de vérifier l'identité du patient avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. En cas d'homonymie, il reçoit un message des admissions. La réalisation d'une photographie à l'admission, insérée dans le dossier de soins, facilite cette vérification. Ces photographies sont actualisées. Lorsque des homonymes sont présents dans le service, un support spécifique à destination des soignants est édité. Les vérifications d'identité ne sont pas toujours tracées.
<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.	Oui	L'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge a fait l'objet d'une EPP. La Cellule d'identito-vigilance se réunit quatre fois par an pour analyser les dysfonctionnements qui font l'objet de déclaration d'événement indésirable. Le taux de doublons, l'erreur d'identité ainsi que le nombre de pièces d'identité présentes dans les dossiers font l'objet d'un suivi. L'analyse en Cellule d'identito-vigilance donne lieu à des plans d'actions qui sont suivis et actualisés. À noter que l'établissement a recueilli les indicateurs « Hôpital numérique » associés au moment

Oui	de la visite.
-----	---------------

## 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		
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 mise en place pour fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. L'objectif est d'améliorer l'identification du patient au sein de l'établissement et de contribuer à l'amélioration des interfaces des systèmes d'information : une Charte a été rédigée à cet effet, une Cellule identito-vigilance existe depuis 2010 et des référents sont désignés et formés dans chaque service. Une fiche de poste est rédigée pour le référent identito-vigilance. Un logiciel dédié aux admissions permet d'alerter en cas d'homonymie et est interfacé avec le logiciel du dossier de soins. Les déclarations à la CNIL sont faites. Des affiches à l'admission sensibilisent le patient à l'importance du respect de l'identité. Toutefois, l'INS n'est pas intégré dans le référentiel unique d'identité des patients. Ce qui confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
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 a été formé en 2011 dans le cadre de la formation continue de l'établissement et les nouveaux arrivants font l'objet d'une formation à l'identito-vigilance par les référents.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Le personnel administratif dispose d'un guide des admissions, d'une procédure d'identification du patient qui définit les modalités de création d'une identité. Une check-list d'identification du patient a également été rédigée pour les agents. À l'admission, la carte d'identité et la carte Vitale sont demandées au patient, une photocopie de la carte d'identité est également transmise au service. La référente identito-vigilance identifie les doublons, qui font l'objet d'une fiche de suivi.
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	La Charte d'identification du patient s'applique également dans les services de soins et lors de transferts. Le personnel soignant est formé à la nécessité de vérifier l'identité du patient avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. En cas d'homonymie, il reçoit un message des admissions. La réalisation d'une photographie à l'admission, insérée dans le dossier de soins, facilite cette vérification. Ces photographies sont actualisées. Lorsque des homonymes sont présents dans le service, un support spécifique à destination des soignants est édité. Les vérifications d'identité ne sont pas toujours tracées.
<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.	Oui	L'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge a fait l'objet d'une EPP. La Cellule d'identito-vigilance se réunit quatre fois par an pour analyser les dysfonctionnements qui font l'objet de déclaration d'événement indésirable. Le taux de doublons, l'erreur d'identité ainsi que le nombre de pièces d'identité présentes dans les dossiers font l'objet d'un suivi. L'analyse en Cellule d'identito-vigilance donne lieu à des plans d'actions qui sont suivis et actualisés. À noter que l'établissement a recueilli les indicateurs « Hôpital numérique » associés au moment

Oui	de la visite.
-----	---------------

## 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

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 mise en place pour fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. L'objectif est d'améliorer l'identification du patient au sein de l'établissement et de contribuer à l'amélioration des interfaces des systèmes d'information : une Charte a été rédigée à cet effet, une Cellule identito-vigilance existe depuis 2010 et des référents sont désignés et formés dans chaque service. Une fiche de poste est rédigée pour le référent identito-vigilance. Un logiciel dédié aux admissions permet d'alerter en cas d'homonymie et est interfacé avec le logiciel du dossier de soins. Les déclarations à la CNIL sont faites. Des affiches à l'admission sensibilisent le patient à l'importance du respect de l'identité. Toutefois, l'INS n'est pas intégré dans le référentiel unique d'identité des patients. Ce qui confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.

### 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 a été formé en 2011 dans le cadre de la formation continue de l'établissement et les nouveaux arrivants font l'objet d'une formation à l'identito-vigilance par les référents.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Le personnel administratif dispose d'un guide des admissions, d'une procédure d'identification du patient qui définit les modalités de création d'une identité. Une check-list d'identification du patient a également été rédigée pour les agents. À l'admission, la carte d'identité et la carte Vitale sont demandées au patient, une photocopie de la carte d'identité est également transmise au service. La référente identito-vigilance identifie les doublons, qui font l'objet d'une fiche de suivi.
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	La Charte d'identification du patient s'applique également dans les services de soins et lors de transferts. Le personnel soignant est formé à la nécessité de vérifier l'identité du patient avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. En cas d'homonymie, il reçoit un message des admissions. La réalisation d'une photographie à l'admission, insérée dans le dossier de soins, facilite cette vérification. Ces photographies sont actualisées. Lorsque des homonymes sont présents dans le service, un support spécifique à destination des soignants est édité. Les vérifications d'identité ne sont pas toujours tracées.
<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.	Oui	L'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge a fait l'objet d'une EPP. La Cellule d'identito-vigilance se réunit quatre fois par an pour analyser les dysfonctionnements qui font l'objet de déclaration d'événement indésirable. Le taux de doublons, l'erreur d'identité ainsi que le nombre de pièces d'identité présentes dans les dossiers font l'objet d'un suivi. L'analyse en Cellule d'identito-vigilance donne lieu à des plans d'actions qui sont suivis et actualisés. À noter que l'établissement a recueilli les indicateurs « Hôpital numérique » associés au moment

Oui	de la visite.
-----	---------------



## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 16: l'accueil du patient		
<b>Critère 16.a - Court Séjour</b> <b>Dispositif d'accueil du patient</b>		
<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.	En grande partie	
Des dispositions sont prises afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
<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.	En grande partie	
Le délai prévisible de prise en charge est annoncé.	Non	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	Partiellement	

## Référence 16: l'accueil du patient

### Critère 16.a - Soins de 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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

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

## Référence 16: l'accueil du patient

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

Cotation	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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

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

## 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.	En grande partie	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	



La réflexion bénéfice-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

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	En grande partie	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

La réflexion bénéfice-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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	En grande partie	Un recueil d'informations est mené par l'ensemble des professionnels participant à la prise en charge des résidents dès leur admission en SLD. Les différents éléments sont enregistrés dans le dossier patient informatisé sous la forme de fiches dites "de mesure" (bilans fonctionnels, évaluation

	En grande partie	de la douleur, bilan nutritionnel, etc.). La démarche d'élaboration de projet de vie personnalisé est conduite par l'équipe avec la mise en œuvre d'actions, mais elle n'est pas formalisée dans le dossier du résident.
La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.	En grande partie	La réflexion bénéfice-risque est menée dans le cadre de la prise en charge des résidents au sein de l'équipe. Le médecin l'inscrit dans le dossier informatisé partie médicale. Cependant, l'absence d'élaboration du projet de vie de chaque résident ne permet pas la formalisation de sa prise en compte.
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.	Partiellement	Des évaluations de l'état de santé du patient sont conduites lors des réunions pluriprofessionnelles du secteur. L'absence de formalisation du projet de vie personnalisé ne permet pas son réajustement. Les comptes-rendus des réunions pluriprofessionnelles, tracés "au fil de l'eau" dans les transmissions, ne laissent pas apparaître l'implication du résident ou de son entourage, ni une décision prise à la suite de réévaluation du projet de vie.
<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.	Non	La traçabilité des informations concernant l'évaluation initiale et continue de l'état de santé du résident et de son projet de vie n'est pas évaluée. Aucune action n'a été mise en œuvre. Par ailleurs, la gestion du dossier patient en SLD n'est pas évaluée.
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	Non	L'absence d'évaluation empêche la mise en place d'actions d'améliorations.

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

### Critère 17.b Prise en charge somatique des patients



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

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en 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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	Oui	
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	



Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	
<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.	Non	

## 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

<b>Cotation</b>	<b>A</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Non	

## 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.	Oui	
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	
<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.	Non	

## 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		
	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.	Oui	

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.	Non	

## 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		
	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.	Oui	



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.	Non	

## 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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	Oui	

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	En grande partie	
<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.	Non	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes âgées

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - 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.*

<b>Cotation</b>	NA	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>



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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - 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	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - 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.*

<b>Cotation</b>	NA	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	



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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	En grande partie	Compte tenu de la classe de l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 68 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [54 % - 83 %] pour la campagne de recueil 2011.

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

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



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

## 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.*

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

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

## 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]).*

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

L'adhésion du patient à sa prise en charge est recherchée tout au long de son hospitalisation.	NA	
<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	
La CRU est tenue informée de l'ensemble des dysfonctionnements survenus au cours de la totalité du processus d'hospitalisation sans consentement, jusqu'à la levée de la mesure et des visites de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).	NA	

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, inscrite dans le projet d'établissement, a été révisée et validée en CME en novembre 2012. Elle comporte des objectifs de sécurisation du circuit, avec la rédaction du manuel qualité du médicament, d'actions en faveur du bon usage du médicament et de la prévention du risque d'erreurs médicamenteuses, et de formation des personnels concernés. Les médicaments à risques sont définis, des actions d'EPP sont engagées. La liste des indicateurs est établie et suivie en COMEDIMS.

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

Oui

L'informatisation de la prise en charge médicale est complète et intégrée au système d'information de l'établissement. L'intégration de la gestion des stocks de médicaments dans le logiciel de prescription/dispensation/administration est programmée.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les professionnels disposent de nombreux outils d'aide à la prescription et à l'administration des médicaments : livret thérapeutique avec équivalences DCI et liste des médicaments adaptés à la personne âgée, guide de prescription des anti-infectieux, guide d'aide à la prescription informatique, guide d'administration des médicaments, protocoles pour les médicaments à risques.
<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 et de formation au risque d'erreurs médicamenteuses sont régulièrement proposées, dans le cadre du plan de formation de l'établissement, du groupe de travail sur l'analyse préliminaire des risques, ou lors d'interventions du pharmacien en COMEDIMS ou par messagerie à l'attention des prescripteurs.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation est opérationnelle pour toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse, via le dossier de soins du patient. Ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
<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	L'établissement n'est pas soumis au CBUM. Le suivi par indicateurs de la prise en charge médicamenteuse est effectué en COMEDIMS et en CME : suivi des objectifs du PAQ médicament, nombre d'événements indésirables déclarés, nombre de prescriptions annuelles analysées par le pharmacien, nombre de patients traités par AINS, par neuroleptiques, par benzodiazépines, par antalgiques, nombre de prescriptions perfectibles, taux de traçabilité en temps réel de l'administration du médicament, etc. À noter que l'établissement a recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont effectués dans le cadre du dispositif de recueil des événements indésirables de l'établissement. Les déclarations qui le nécessitent sont analysées en CREX. Quatre personnes sont formées au pilotage de cet outil.
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.	En grande partie	Le plan d'actions du circuit du médicament est construit sur la base des résultats d'audits et d'analyse des erreurs. Le suivi est assuré en COMEDIMS. La communication aux professionnels concernés est en grande partie effective.



## 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

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, inscrite dans le projet d'établissement, a été révisée et validée en CME en novembre 2012. Elle comporte des objectifs de sécurisation du circuit, avec la rédaction du manuel qualité du médicament, d'actions en faveur du bon usage du médicament et de la prévention du risque d'erreurs médicamenteuses, et de formation des personnels concernés. Les médicaments à risques sont définis, des actions d'EPP sont engagées. La liste des indicateurs est établie et suivie en COMEDIMS.

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

Oui

L'informatisation de la prise en charge médicale est complète et intégrée au système d'information de l'établissement. L'intégration de la gestion des stocks de médicaments dans le logiciel de prescription/dispensation/administration est programmée.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les professionnels disposent de nombreux outils d'aide à la prescription et à l'administration des médicaments : livret thérapeutique avec équivalences DCI et liste des médicaments adaptés à la personne âgée, guide de prescription des anti-infectieux, guide d'aide à la prescription informatique, guide d'administration des médicaments, protocoles pour les médicaments à risques.
<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 et de formation au risque d'erreurs médicamenteuses sont régulièrement proposées, dans le cadre du plan de formation de l'établissement, du groupe de travail sur l'analyse préliminaire des risques (APR), ou lors d'interventions du pharmacien en COMEDIMS ou par messagerie à l'attention des prescripteurs.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation est opérationnelle pour toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse, via le dossier de soins du patient. Ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
<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	L'établissement n'est pas soumis au CBUM. Le suivi par indicateurs de la prise en charge médicamenteuse est effectué en COMEDIMS et en CME : suivi des objectifs du PAQ médicament, nombre d'événements indésirables déclarés, nombre de prescriptions annuelles analysées par le pharmacien, nombre de patients traités par AINS, par neuroleptiques, par benzodiazépines, par antalgiques, nombre de prescriptions perfectibles, taux de traçabilité en temps réel de l'administration du médicament, etc. À noter que l'établissement a recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont effectués dans le cadre du dispositif de recueil des événements indésirables de l'établissement. Les déclarations qui le nécessitent sont analysées en CREX. Quatre personnes sont formées au pilotage de cet outil.
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.	En grande partie	Le plan d'actions du circuit du médicament est construit sur la base des résultats d'audits et d'analyse des erreurs. Le suivi est assuré en COMEDIMS. La communication aux professionnels concernés est en grande partie effective.

## 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

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, inscrite dans le projet d'établissement, a été révisée et validée en CME en novembre 2012. Elle comporte des objectifs de sécurisation du circuit, avec la rédaction du manuel qualité du médicament, d'actions en faveur du bon usage du médicament et de la prévention du risque d'erreurs médicamenteuses, et de formation des personnels concernés. Les médicaments à risques sont définis, des actions d'EPP sont engagées. La liste des indicateurs est établie et suivie en COMEDIMS.

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

Oui

L'informatisation de la prise en charge médicale est complète et intégrée au système d'information de l'établissement. L'intégration de la gestion des stocks de médicaments dans le logiciel de prescription/dispensation/administration est programmée.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les professionnels disposent de nombreux outils d'aide à la prescription et à l'administration des médicaments : livret thérapeutique avec équivalences DCI et liste des médicaments adaptés à la personne âgée, guide de prescription des anti-infectieux, guide d'aide à la prescription informatique, guide d'administration des médicaments, protocoles pour les médicaments à risques.
<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 et de formation au risque d'erreurs médicamenteuses sont régulièrement proposées, dans le cadre du plan de formation de l'établissement, du groupe de travail sur l'analyse préliminaire des risques (APR), ou lors d'interventions du pharmacien en COMEDIMS ou par messagerie à l'attention des prescripteurs.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation est opérationnelle pour toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse, via le dossier de soins du patient. Ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
<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	L'établissement n'est pas soumis au CBUM. Le suivi par indicateurs de la prise en charge médicamenteuse est effectué en COMEDIMS et en CME : suivi des objectifs du PAQ médicament, nombre d'événements indésirables déclarés, nombre de prescriptions annuelles analysées par le pharmacien, nombre de patients traités par AINS, par neuroleptiques, par benzodiazépines, par antalgiques, nombre de prescriptions perfectibles, taux de traçabilité en temps réel de l'administration du médicament, etc. À noter que l'établissement a recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont effectués dans le cadre du dispositif de recueil des événements indésirables de l'établissement. Les déclarations qui le nécessitent sont analysées en CREX. Quatre personnes sont formées au pilotage de cet outil.
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.	En grande partie	Le plan d'actions du circuit du médicament est construit sur la base des résultats d'audits et d'analyse des erreurs. Le suivi est assuré en COMEDIMS. La communication aux professionnels concernés est en grande partie effective.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les prescriptions sont toutes informatisées et conformes aux exigences réglementaires. Les règles et supports validés de prescription sont en place : livret d'aide à la prescription informatique, protocoles de prescription y compris pour les médicaments identifiés à risques. L'ordonnance informatisée génère de manière automatique le support d'administration.

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

En grande partie

Le traitement personnel du patient est le plus souvent repris systématiquement à l'entrée, les patients étant adressés et pris en charge par leur médecin traitant pendant le séjour. Une procédure de gestion des traitements personnels est en place, les médicaments sont stockés ou rendus à la famille pendant le séjour. L'ordonnance de sortie prend en compte le traitement existant avant l'hospitalisation.

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

Partiellement

Les modalités de dispensation des médicaments sont définies dans une procédure spécifique, dans le manuel qualité de la pharmacie et dans la procédure d'organisation de la prise en charge médicamenteuse. Il existe une procédure de dotation pour besoins urgents, en lien avec la pharmacie de ville en dehors des heures de présence du

	Partiellement	pharmacien dans la PUI (convention). L'analyse pharmaceutique de chaque traitement est complète. Le conditionnement des médicaments n'assure systématiquement l'identification unitaire que pour les AVK. Néanmoins, le choix des marques privilégie les produits identifiés sur chaque blister. L'acheminement des traitements vers le service est sécurisé. Les utilisateurs sont régulièrement sensibilisés aux bonnes pratiques de dispensation. La gestion des stocks est informatisée, son optimisation est à l'étude.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	Une procédure validée en février 2014 définit les règles de préparation des piluliers par les IDE et les modalités d'administration selon les formes des produits. Les modalités générales de vérification et de traçabilité de l'administration dans le logiciel de dossier patient ne sont pas définies. Les modalités spécifiques aux médicaments à risques sont décrites dans des procédures dédiées (stupéfiants, antinéoplasiques oraux, etc.), connues des IDE formées au rangement et à l'administration de ces médicaments.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les règles de prescription, mises en œuvre dans le logiciel du dossier patient, sont conformes à la réglementation, y compris pour les médicaments injectables. Les modalités spécifiques à certains médicaments à risques, aux produits stupéfiants et hors T2A sont établies.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique des prescriptions est complète et tracée dans le dossier patient. La délivrance nominative est effective.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Les bonnes pratiques de préparation sont formalisées et mises en œuvre pour les seuls produits concernés : reconditionnement des AVK et préparation des bains de bouche et des pommades.



Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	L'information des patients sur le bon usage des médicaments est donnée oralement par les médecins et les IDE, particulièrement pour les médicaments à risques (effets secondaires des stupéfiants par exemple). La délivrance de cette information est tracée dans le dossier pour les cas complexes au cours des staffs pluridisciplinaires. Toutefois, le dispositif d'information n'est pas structuré, et on ne retrouve pas de supports d'information à destination des patients.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Les IDE disposent d'ordinateurs fixés sur leurs chariots d'administration des médicaments. La traçabilité de l'administration et de la non-administration est assurée en temps réel sur le support unique de prescription/administration informatique.
<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 audit triennal du circuit du médicament est exposé en CME en 2013. Une évaluation des conditions de détention des produits pharmaceutiques dans le service et de la conformité de l'administration a été réalisée.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Des actions d'améliorations visant le bon usage du médicament sont inscrites dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement et suivies en COMEDIMS. La liste des médicaments à risques a été établie et validée par la CME, une EPP est conduite sur le bon usage des neuroleptiques chez la personne âgée, l'information des professionnels sur le bon usage du médicament a été renforcée.

## 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

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les prescriptions sont toutes informatisées et conformes aux exigences réglementaires. Les règles et supports validés de prescription sont en place : livret d'aide à la prescription informatique, protocoles de prescription y compris pour les médicaments identifiés à risques. L'ordonnance informatisée génère de manière automatique le support d'administration.

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

En grande partie

Le traitement personnel du patient est repris systématiquement à l'entrée dans le service pour tous les patients mutés du service de court séjour et pour les patients pris en charge par leur médecin traitant. Il est récupéré au mieux dans les autres circonstances. Une procédure de gestion des traitements personnels est en place, les médicaments sont stockés ou remis à la famille pendant le séjour. L'ordonnance de sortie prend en compte le traitement existant avant l'hospitalisation.

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

Partiellement

Les modalités de dispensation des médicaments sont définies dans une procédure spécifique, dans le manuel qualité de la pharmacie et dans la procédure d'organisation de la prise en charge médicamenteuse. Il existe une

	Partiellement	procédure de dotation pour besoins urgents, en lien avec la pharmacie de ville en dehors des heures de présence du pharmacien dans la PUI (convention). L'analyse pharmaceutique de chaque traitement est complète. Le conditionnement des médicaments n'assure systématiquement l'identification unitaire que pour les AVK. Néanmoins, le choix des marques privilégie les produits identifiés sur chaque blister. L'acheminement des traitements vers le service est sécurisé. Les utilisateurs sont régulièrement sensibilisés aux bonnes pratiques de dispensation. La gestion des stocks est informatisée, son optimisation est à l'étude.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	Une procédure validée en février 2014 définit les règles de préparation des piluliers par les IDE et les modalités d'administration selon les formes des produits. Les modalités générales de vérification et de traçabilité de l'administration dans le logiciel de dossier patient ne sont pas définies. Les modalités spécifiques aux médicaments à risques sont décrites dans des procédures dédiées (stupéfiants, antinéoplasiques oraux, etc.), connues des IDE formées au rangement et à l'administration de ces médicaments.
<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 classe du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation », de l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 100 % pour la campagne de recueil 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique des prescriptions est complète et tracée dans le dossier patient. La délivrance nominative est effective.

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Les pratiques de préparation sont formalisées et mises en œuvre pour les seuls produits concernés : reconditionnement des AVK et préparation des bains de bouche et des pommades.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	L'information des patients sur le bon usage des médicaments est donnée oralement par les médecins et les IDE, particulièrement pour les médicaments à risques (effets secondaires des stupéfiants par exemple). La délivrance de cette information est tracée dans le dossier pour les cas complexes au cours des staffs pluridisciplinaires. Toutefois, le dispositif d'information n'est pas structuré, et on ne retrouve pas de supports d'information à destination des patients.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Les IDE disposent d'ordinateurs fixés sur leurs chariots d'administration des médicaments. La traçabilité de l'administration et de la non-administration est assurée en temps réel sur le support unique de prescription/administration informatique.
<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 audit triennal du circuit du médicament est exposé en CME en 2013. Une évaluation des conditions de détention des produits pharmaceutiques dans le service et de la conformité de l'administration a été réalisée.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Des actions d'améliorations visant le bon usage du médicament sont inscrites dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement et suivies en COMEDIMS. La liste des médicaments à risques a été établie et validée par la CME, une EPP est conduite sur le bon usage des neuroleptiques chez la personne âgée, l'information des professionnels sur le bon usage du médicament a été renforcée.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les prescriptions sont toutes informatisées et conformes aux exigences réglementaires. Les règles et supports validés de prescription sont en place : livret d'aide à la prescription informatique, protocoles de prescription y compris pour les médicaments identifiés à risques. L'ordonnance informatisée génère de manière automatique le support d'administration.

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

En grande partie

Le traitement personnel du patient est repris systématiquement à l'entrée dans le service pour tous les patients mutés du service de court séjour ou de SSR, et pour les patients pris en charge par leur médecin traitant. Il est récupéré au mieux dans les autres circonstances. Une procédure de gestion des traitements personnels est en place. Les sorties du service sont exceptionnelles, mais en cas de transfert du patient vers un autre établissement, l'ordonnance de sortie prend en compte son traitement chronique.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Partiellement	Les modalités de dispensation des médicaments sont définies dans une procédure spécifique, dans le manuel qualité de la pharmacie et dans la procédure d'organisation de la prise en charge médicamenteuse. Il existe une procédure de dotation pour besoins urgents, en lien avec la pharmacie de ville en dehors des heures de présence du pharmacien dans la PUI (convention). L'analyse pharmaceutique de chaque traitement est complète. Le conditionnement des médicaments n'assure systématiquement l'identification unitaire que pour les AVK. Néanmoins, le choix des marques privilégie les produits identifiés sur chaque blister. L'acheminement des traitements vers le service est sécurisé. Les utilisateurs sont régulièrement sensibilisés aux bonnes pratiques de dispensation. La gestion des stocks est informatisée, son optimisation est à l'étude.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	Une procédure validée en février 2014 définit les règles de préparation des piluliers par les IDE et les modalités d'administration selon les formes des produits. Les modalités générales de vérification et de traçabilité de l'administration dans le logiciel de dossier patient ne sont pas définies. Les modalités spécifiques aux médicaments à risques sont décrites dans des procédures dédiées (stupéfiants, antinéoplasiques oraux, etc.), connues des IDE formées au rangement et à l'administration de ces médicaments.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les règles de prescription, mises en œuvre dans le logiciel du dossier patient, sont conformes à la réglementation, y compris pour les médicaments injectables. Les modalités spécifiques à certains médicaments à risques, aux produits stupéfiants et hors T2A sont établies.

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique des prescriptions est complète et tracée dans le dossier patient. La délivrance nominative est effective.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Les pratiques de préparation sont formalisées et mises en œuvre pour les seuls produits concernés : reconditionnement des AVK et préparation des bains de bouche et des pommades.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	L'information sur le bon usage des médicaments est donnée oralement par les médecins et les IDE pour les rares patients capables d'intégrer les messages délivrés.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Les IDE disposent d'ordinateurs fixés sur leurs chariots d'administration des médicaments. La traçabilité de l'administration et de la non-administration est assurée en temps réel sur le support unique de prescription/administration informatique.
<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 audit triennal du circuit du médicament est exposé en CME en 2013. Une évaluation des conditions de détention des produits pharmaceutiques dans le service et de la conformité de l'administration a été réalisée.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Des actions d'améliorations visant le bon usage du médicament sont inscrites dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement et suivies en COMEDIMS. La liste des médicaments à risques a été établie et validée par la CME, une EPP est conduite sur le bon usage des neuroleptiques chez la personne âgée, l'information des professionnels sur le bon usage du médicament a été renforcée.

## 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.	Oui		
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		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	



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

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

Cotation		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.	Oui		
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		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en oeuvre.	Partiellement	

## 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.*

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en oeuvre.	Partiellement	

## 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.

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Non	

## 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.	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.	Non	

## 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.

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

#### Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

<b>Cotation</b>	NA	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La démarche qualité est mise en oeuvre, avec des échéances déterminées, compatibles avec le respect de la réglementation.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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).	En grande partie	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	
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.	En grande partie	
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 suite et/ou de réadaptation Demande d'examen et transmission des résultats

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

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

## 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.*

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

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

### Critère 23.a - Court Séjour Education thérapeutique du patient

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.	Oui	
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.	Oui	
Une coordination avec les professionnels extra-hospitaliers et les réseaux est organisée.	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).	En grande partie	
<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 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).	En grande partie	
<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).	En grande partie	
<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.	En grande partie	
<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.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	L'absence d'évaluation des orientations à la sortie ou lors de transferts ne permet pas l'identification d'actions d'améliorations.

## Référence 24: La sortie du patient

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



## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 28 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [14 % - 41 %] pour la campagne de recueil 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 "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation (recueil de l'indicateur hors protocole).
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	Aucune action d'amélioration n'est mise en place en l'absence d'évaluation de la pertinence des orientations à la sortie ou lors de transferts.

## Référence 24: La sortie du patient

### Critère 24.a - Soins de longue durée 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.	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.	Non	Aucune action d'évaluation de la qualité de transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval n'a été menée.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	Aucune action d'amélioration n'a été mise en place concernant la pertinence des orientations à la sortie ou lors de transferts en l'absence de conduite d'évaluation sur le sujet.

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES



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

### Critère 25.a

#### Prise en charge des urgences et des soins non programmés



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

Cotation		
	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée, et connue des acteurs du territoire de santé.	NA	
Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.	NA	
Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés, selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	NA	
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	NA	
L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).	NA	
<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.	NA	
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	NA	
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en oeuvre.	NA	

## Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

### Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).	NA	
La Charte de fonctionnement, définie et validée par un Conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.	NA	

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	NA	
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
<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, efficience, 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		
	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.	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		
	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.	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		
	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.	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: 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.	Oui	
<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.	Oui	
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	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 activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	
--	-----	--

## Référence 27: Les activités de soins de suite et de réadaptation

### Critère 27.a

#### Activités de soins de suite et de réadaptation

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	

## PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.a

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



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	NA	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	NA	
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.	Oui	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	En grande partie	
<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.	En grande partie	



## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.b Pertinence des soins

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	En grande partie	
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.c

#### Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	Oui	
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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	En grande partie	
---	------------------	--

## 6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_493937/ipaqss-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqss-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-)

### Eléments de lecture du tableau

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

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

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

### Remarque :

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

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

# Etablissement : H.L. LA LOUPE (280000225)








## Résultats des indicateurs de qualité

### Dossier du Patient - Champ SSR

#### Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2010				Année 2011				Année 2012				Année 2013			
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	
	Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur		
Tenue du dossier patient (score sur 100)	1282	71	80		1337	78	80									
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	1274	67%	80%		1331	75%	80%									
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	1282	57%	80%		1337	71%	80%									
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	1275	63%	80%		1329	73%	80%									

#### Etablissement : H.L. LA LOUPE (280000225)

Libellé indicateur	Année 2010				Année 2011				Année 2012				Année 2013			
	Recueil obligatoire : Non				Recueil obligatoire : Non				Recueil obligatoire :				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier patient (score sur 100)	64 [59 - 70]		(-)	NA	80 [76 - 84]		(=)	↗								
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	21% Effectif <= 30	Effectif <= 30	Effectif <= 30	NA	28% [14% - 41%]		(-)	Effectif <= 30								
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	56% [39% - 73%]		(-)	NA	98% [93% - 100%]		(+)	↗								
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	81% [68% - 95%]		(=)	NA	68% [54% - 83%]		(=)	→								

## 7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE



# BILAN DES CONTRÔLES EFFECTUÉS ET INSPECTIONS CONCERNANT LA SÉCURITÉ SANITAIRE

## (Uniquement effectués par organismes et autorités externes)

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	DRASS	Déc. 2004	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stérilisation des dispositifs médicaux	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinfection des dispositifs médicaux	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	SOUS TRAITEE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infrastructures	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité	03 01 12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concerne le Bat. A « Médecine ».  Levée de l'avis défavorable du 07/07/11
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité	15 06 11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concerne le Bat. B « SSR – USLD »
Sécurité électrique	APAVE	07 03 13	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	DDCSPP-SV	02 05 13	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conclusion du rapport : Non-conformité moyenne C faisant l'objet d'un avertissement administratif.
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	ARS	26 11 12	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage médical	Laboratoire CARSO (Lyon)	22 08 12	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage technique	Laboratoire CARSO (Lyon)	22 08 12	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Eaux chaudes sanitaires	Laboratoire CARSO (Lyon)	22 08 12	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	SOUS TRAITEE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques radioactifs	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits sanguins labiles	SOUS TRAITEE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité anesthésique	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secteur opératoire	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imagerie et exploration fonctionnelle	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiothérapie	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	APAVE	12/07/13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Devis signé en avril 2013.