



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

### **HOPITAL LOCAL DE MOLSHEIM**

5 cour des chartreux Bp 75161 - 67125 - Molsheim

SEPTEMBRE 2013

# 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>123</b>
PARTIE 1. Droits et place des patients	124
PARTIE 2. Gestion des données du patient	169
PARTIE 3. Parcours du patient	184
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	261
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	275
<b>6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>282</b>
<b>7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	<b>284</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 MOLSHEIM

**Adresse :** 5 cour des chartreux Bp 75161  
67125 Molsheim BAS-RHIN

**Statut :** Public

**Type d'établissement :** Hopital Local

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Soins de suite et/ou de réadaptation	30	4	0
Soins de longue durée	30	0	0

Nombre de sites.:	- 1 site principal regroupant les activités sanitaires et des activités médico sociales non soumises à la certification HAS. - 1 site annexe regroupant une partie des activités médico sociales non soumises à la certification HAS.
Activités principales.:	- 30 lits SSR et 4 places d'hôpital de jour gériatriques - 30 lits de SLD - EHPAD et SSIAD (non soumis à la certification HAS)
Activités de soins soumises à autorisation.:	- 30 lits SSR et 4 places d'hôpital de jour gériatriques. - 30 lits de SLD.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Des conventions de coopération sont en place avec : - les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (1999) et le CH d'Obernai (1999) pour le transfert de patients de court séjour, - les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg pour l'accès à une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (2008) - Le CH d'Obernai dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire en charge de la gestion de la Pharmacie à Usage Interne (PUI) interétablissements (2008). - Le Groupe Hospitalier St Vincent - Clinique St Luc de Schirmeck pour l'accès au service d'Hospitalisation A Domicile (2007) - L'établissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN) pour la prise en charge des patients présentant des pathologies psychiatriques (2005) - L'unité Alzheimer de l'EHPAD de l'hôpital local de BARR (2007) et de l'EHPAD de MARLENHEIM (2008) pour des évaluations gériatriques et multidisciplinaires programmées. - Réseau Alsace Géronto - Réseau de soins palliatifs Association Soins Palliatifs Alsace Nord (2008)
--------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Réorganisation de l'offre de soins

Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Hopital de jour: dossier déposé de labellisation des consultations mémoire. Important projet de développement du secteur medico social: projet de PASA de 14 places, demande d'autorisation d'une équipe ESA et d'extension du SSIAD (fin 2013). Restructuration du bâtiment Saint Jean avec rénovation de la cuisine centrale.

## 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 réserves.

## Décisions

### RESERVE(S)

8.d (Evaluations des risques à priori) ;8.f (Gestion des évènements indésirables) .

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

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) .

### RECOMMANDATION(S)

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

## 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, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé; l'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

### 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 25/03/2013 au 28/03/2013.  
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigués les critères suivants :

##### **MANAGEMENT STRATÉGIQUE**

1.b, 1.f, 2.e

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17.a Soins de longue durée, 18.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 18.a Soins de longue durée, 19.a Personnes âgées, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.b Soins de longue durée, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a Soins de longue durée, 20.a bis Soins de longue durée, 20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation, 22.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 23.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 23.a Soins de longue durée, 24.a Soins de longue durée, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation

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

28.a, 28.b, 28.c

## 5.Suvi de la décision

L'établissement devra produire un rapport de suivi dans un délai de 12 mois sur l'ensemble de ses réserves. 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

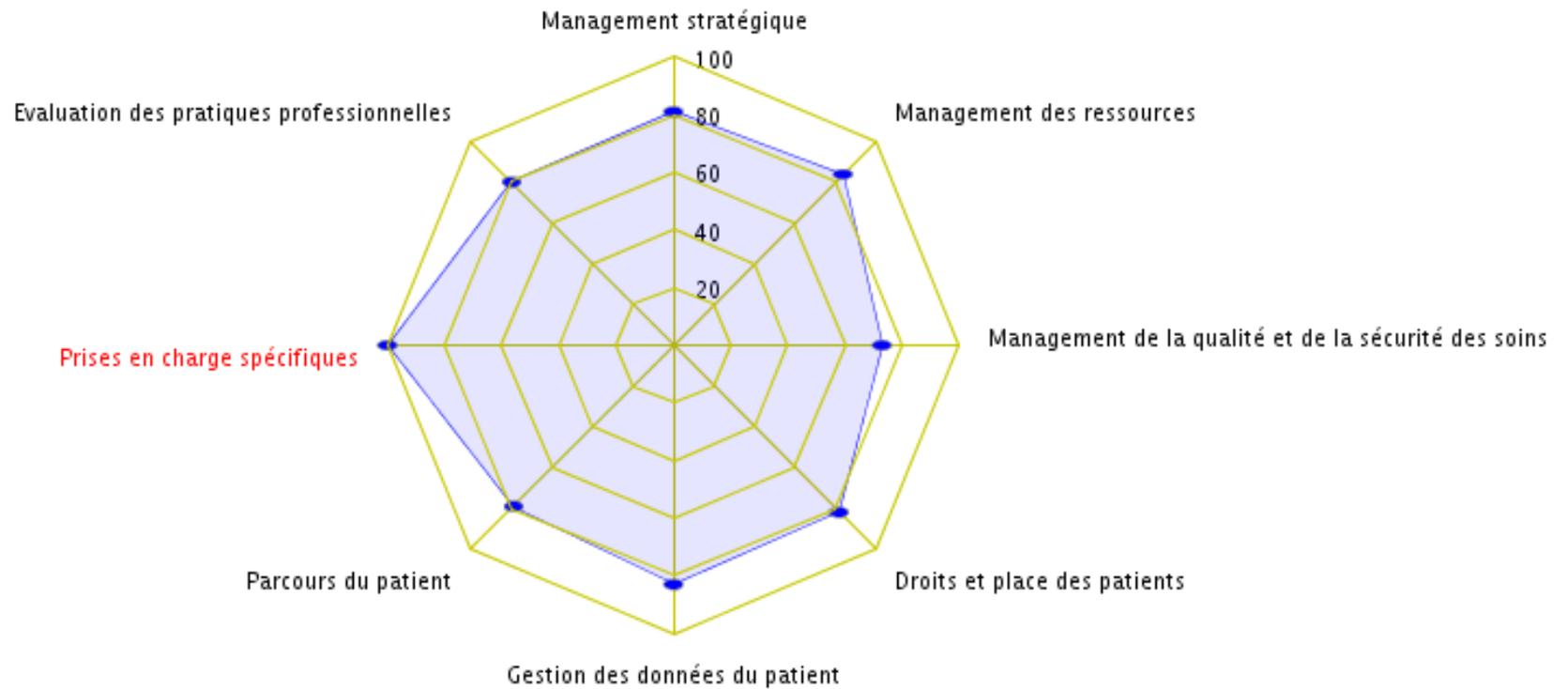
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

[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 :

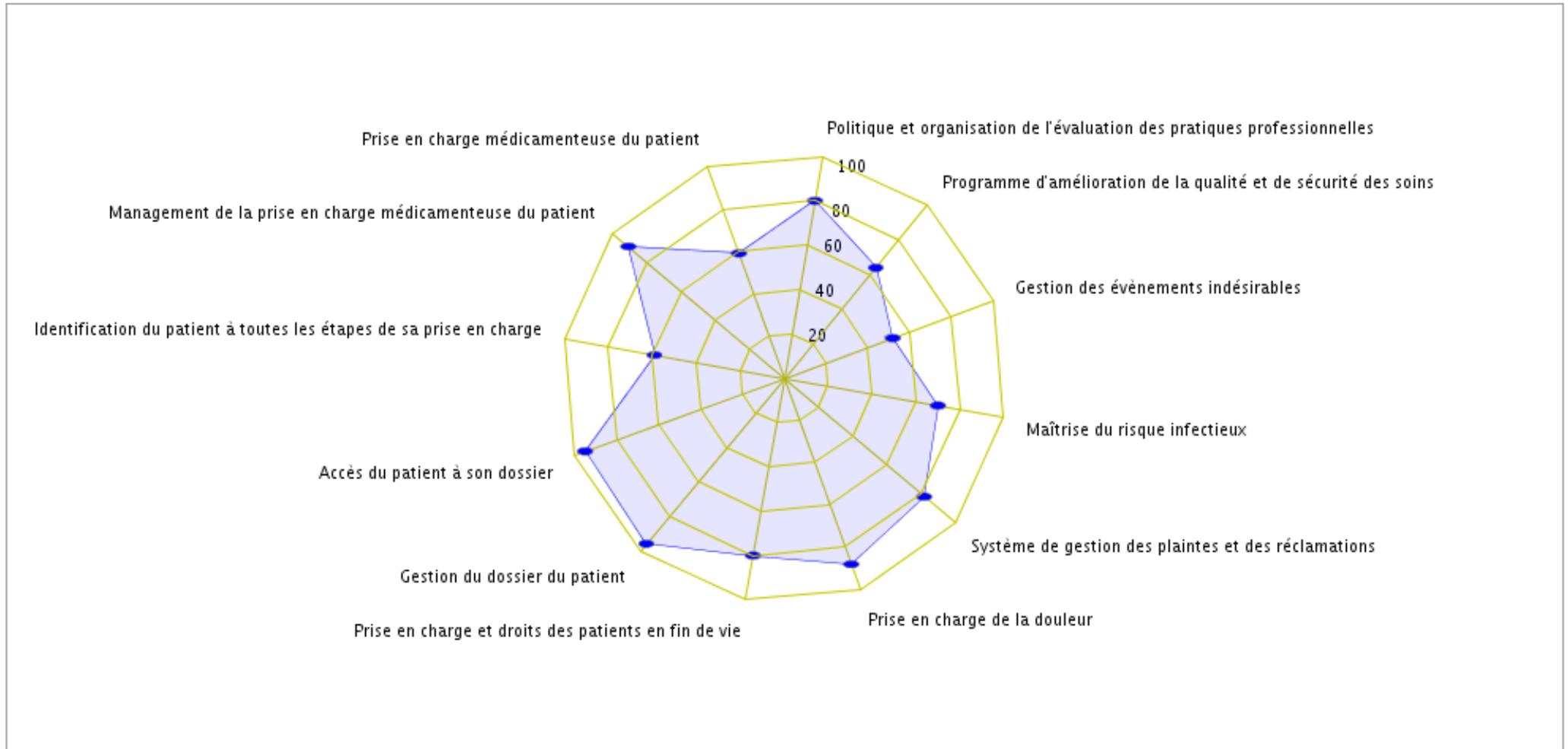
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

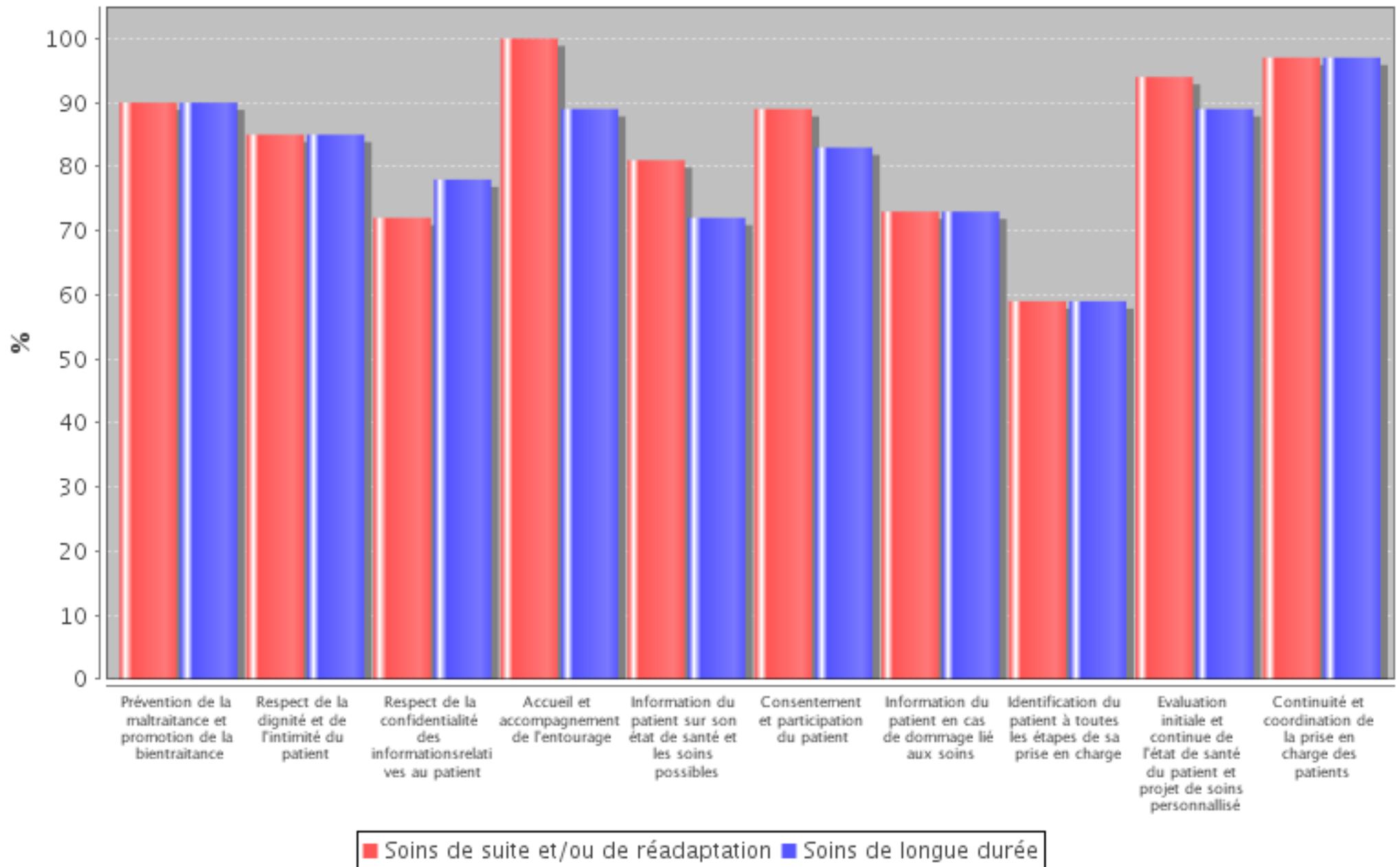


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

## 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
11b (La gestion des risques est organisée et coordonnée.) ; 11c (Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.).	Type 1	En cours	La responsable qualité est également gestionnaire de risque. Cette mission n'est pas détaillée dans sa fiche de poste ni la fonction de coordination des risques. Un organigramme des instances et de la structuration Qualité a été élaboré en cours de visite, et apporte une lisibilité sur la coordination des risques. La cartographie des risques existe pour les risques professionnels, les risques liés au circuit du médicament, et à l'identitovigilance. La cartographie des risques liés aux soins n'est pas élaborée. Une grille de criticité est établie mais n'est pas utilisée pour hiérarchiser et prioriser les actions à mettre en oeuvre.
13a (Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.).	Type 1	Oui	Le CLIN a défini un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, en adéquation avec les priorités nationales et les activités à risque de l'établissement. Ce programme est intégré dans le Plan d'Amélioration Continu de la Qualité.
26b SSR (Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.) ; 26b SLD (Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.).	Type 1	Oui	Les équipes sensibilisent les patients à l'intérêt du traitement médicamenteux préventif de la douleur. Lors de la semaine « sécurité des patients », l'établissement a diffusé des affiches « la douleur, parlons-en ! ». Le questionnaire de sortie en SSR et l'enquête de satisfaction menée tous les trois ans en SLD intègre cette question et permet d'évaluer la satisfaction du patient quant à la prise en charge de sa douleur. Le résultat montre une satisfaction proche des 100%.
31b SSR (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.) ; 31b SLD (Les conditions	Type 1	En cours	Il existe une procédure définissant les modalités de dispensation des médicaments de la PUI du GCS d'Obernai. Celle-ci dispose du traitement complet du

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
de dispensation des médicaments sont maîtrisées.) ; 31c SSR (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.) ; 31c SLD (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.).			patient, les prescriptions médicamenteuses étant informatisées. Cependant, en l'absence d'accès aux données cliniques et biologiques du patient, l'analyse pharmaceutique reste partielle. La délivrance est globale. Le conditionnement des médicaments ne permet pas toujours leur identification jusqu'à l'administration.
34b SLD (Les professionnels et le public sont sensibilisés au don d'organes et de tissus.).	Type 1	Oui	Des plaquettes d'information et des cartes de donateurs d'organes sont disponibles à l'accueil. Les professionnels ont été sensibilisés par le biais de la lettre d'information de la qualité, jointe à la feuille de paie.

## 5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.

Oui

La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.

Oui

Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques.

Oui

L'établissement met en place des partenariats, en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels.	En grande partie	
<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.	Partiellement	

## 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.

Oui

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.	Partiellement	
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.	Partiellement	

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.c Démarche éthique

Cotation		
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	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un état des lieux des questions éthiques liées aux activités de l'établissement est réalisé.	En grande partie	

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

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

En grande partie

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.e

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

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

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

La politique des EPP a été validée en mars 2011 en CME et en mai 2011 en directoire.  
 Cette politique définit la stratégie de management des EPP sous la responsabilité d'un groupe de pilotage EPP comprenant le directeur, les médecins, les cadres de santé et le RAQ.  
 L'organisation, la coordination et la communication sur les EPP y sont définies.  
 Ce comité de pilotage ne s'est jamais réuni depuis janvier 2011, et a été remplacé fin 2012 par un "comité HAS" pour préparer la visite de certification de mars 2013. Le suivi des EPP est parfois abordé en CME et lors des "réunions des cadres".

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

En grande partie

La concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires se fait à périodicité non définie en "réunion des cadres" et en CME. Le comité de pilotage des EPP ne s'est jamais réuni.

Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.	Oui	Les missions et les responsabilités relatives à l'organisation, la coordination, l'accompagnement ainsi que le suivi des démarches, de l'engagement des professionnels et de la communication sont définies dans la politique des EPP écrite par le directeur et le président de CME en février 2011.
<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 pour la mise oeuvre des EPP est réalisé par les pilotes désignés pour chaque EPP, ainsi que par la RAQ pour l'aspect méthodologique. Une présentation des différentes méthodologies possibles pour les EPP a été réalisée en octobre 2010 au comité de pilotage des EPP.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	En grande partie	L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP lors des réunions de cadres et en CME, en particulier à partir du tableau de bord des EPP et des indicateurs liés aux EPP. Ce suivi est coordonné par la RAQ et par les pilotes EPP ; il n'est pas formalisé et n'est pas réalisé à périodicité définie.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	En grande partie	Les professionnels sont informés de la stratégie des EPP et des résultats notamment par la lettre d'information de la qualité, par voie d'affichage, par les cadres lors de réunions de service ou lors des réunions de comités (CLUD, CLIN, COPECM...). Ce dispositif d'information n'est pas structuré.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Le programme EPP, les résultats et les actions d'amélioration mises en place sont présentés en CME, en directoire, en CSIRMT, en CRU et réunion de cadres.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	En grande partie	La politique des EPP est révisée en fonction des résultats obtenus pour les EPP en cours, et pour les nouvelles EPP en fonction des évolutions de la réglementation, de la survenue d'éventuels événements indésirables graves ou de nouveaux types de prise en charge.

En grande partie	Cette révision des EPP n'est pas formalisée et n'est pas réalisée à périodicité définie.
------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en oeuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	
Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forums, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

La direction et le président de la CME suivent le développement de la culture qualité et sécurité dans l'établissement.	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>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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
	B	
La représentation des usagers au sein de l'établissement est organisée.	Oui	
Une politique de coopération avec les acteurs associatifs est définie.	En grande partie	
Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé.	En grande partie	
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.	En grande partie	

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

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

### Critère 2.c Fonctionnement des instances

<b>Cotation</b>	<b>B</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.	En grande partie	
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.).	Partiellement	
---------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	--

## 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**



<b>Cotation</b>		
	<b>A</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	Oui	
Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, et rendus publics par l'établissement de santé.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.	Oui	
Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.	Oui	
Les compétences spécifiques pour les activités à risques ou innovantes sont identifiées.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des dispositions sont mises en oeuvre afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.	Oui	

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

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

<b>Cotation</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.	En grande partie	

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.	En grande partie	
Le document unique est établi.	Oui	
Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.	Oui	
<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.	Oui	

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

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

<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.	En grande partie	
<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.	Oui	
La satisfaction du personnel est évaluée.	Oui	

## Référence 4: La gestion des ressources financières

### Critère 4.a Gestion budgétaire

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

## 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.

Partiellement

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

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

Oui

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

## Référence 5: Le système d'information

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.).	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un dispositif de gestion documentaire est en place.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif est connu des professionnels.	Oui	
Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.	Oui	
Le système de mise à jour des documents est opérationnel.	Oui	

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

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

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

<b>Cotation</b>	<b>B</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.	En grande partie	
<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.	En grande partie	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------	--

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

### Critère 6.b Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

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

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

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

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

### Critère 6.c Qualité de la restauration

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Il existe une organisation permettant, dès l'admission du patient, de recueillir ses préférences alimentaires.

Oui

Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.

Non

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Les préférences des patients sont prises en compte.

Oui

Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.

Oui

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le circuit du linge est défini.	Oui	
Les besoins par secteur sont quantifiés, et incluent les demandes en urgence.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
<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.	Oui	
<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.	En grande partie	
<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 écoresponsable.	Partiellement	
<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 écoresponsable pour certains produits ou services.	Partiellement	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.	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>	A	
<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.	Oui	
Un suivi des différents types de rejet est assuré.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

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

### Critère 7.b Gestion de l'air

<b>Cotation</b>	B	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
Des dispositions sont prévues en cas de travaux.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Non	

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

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

### Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

<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.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.	Oui	
Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.	En grande partie	

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

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

### Critère 7.d Hygiène des locaux

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

<b>Cotation</b>	A	
<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.	NA	
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.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

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

### Critère 7.e Gestion des déchets

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

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

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Partiellement	
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.	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Oui	

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

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

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



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé. Il décline la politique globale qualité/gestion des risques et les objectifs d'amélioration fixés par l'établissement. Il comprend un responsable par action et une planification, mais on ne retrouve pas d'indicateurs de suivi qui permettraient de mesurer les progrès accomplis. Les actions sont déclinées au niveau des secteurs d'activité.

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 prend en compte les axes d'amélioration identifiés lors de l'auto-évaluation, notamment la lutte contre les infections associées aux soins et la politique du médicament. Cependant, les bilans des améliorations mises en oeuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, les recommandations et décisions du rapport de certification, les engagements fixés dans le CPOM, l'analyse de la conformité de la réglementation, l'analyse des plaintes et réclamations ainsi que les dispositifs de vigilance n'y apparaissent pas.

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 soumis à la CME, à la CSIRMT, et à la réunion de l'encadrement. L'avis de la CRU n'est pas sollicité.
<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.	Oui	Les secteurs d'activité mettent en oeuvre les actions qui les concernent. Le personnel est dynamique et impliqué dans les actions d'amélioration. Un pilote est nominativement désigné, et un délai est fixé pour chaque action.
<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	Le suivi est assuré par les pilotes désignés, la responsable qualité et en réunion cadre "au fil de l'eau", action par action, sans validation formelle. Un point d'avancement global n'est pas formalisé périodiquement. Une périodicité vient d'être fixée trimestriellement.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Partiellement	L'établissement suit les indicateurs nationaux (IPAQSS et LIN) et les communique aux professionnels. Ces indicateurs donnent lieu à des actions d'amélioration. Cependant, ce programme de création récente (mai 2012) n'a pu être évalué. Le bilan annuel des actions qualité et gestion des risques mises en oeuvre n'est pas formalisé. En l'absence de ce document global, la communication aux professionnels reste partielle.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	Le programme est analysé en réunion cadre "au fil de l'eau". Des réajustements sont opérés, mais la reddition des comptes n'est pas réalisée sous forme de bilan périodique. Ce manque de formalisation ne permet pas une vision globale des réajustements à opérer et à intégrer comme

En grande partie	porte d'entrée de sa politique qualité 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>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**

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement met en oeuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires, en fonction du plan de priorisation.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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>C</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	Partiellement	Les risques sont évalués sur les risques professionnels, sur le risque infectieux et sur le circuit du médicament. Ils ne sont pas évalués sur les autres domaines, notamment sur les risques liés aux soins.
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	Partiellement	Il existe un outil de hiérarchisation qui n'a été utilisé à ce jour que pour prioriser les risques dans le cadre du document unique.
<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.	Partiellement	Des EPP ont été menées sur les activités à risques (administration du médicament, contention, escarres), permettant d'identifier et de mettre en place des actions de prévention et d'atténuation. Cependant, en l'absence de repérage des activités de soins à risques, il n'y a pas eu d'autres actions d'amélioration.

Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	Partiellement	Seule la responsable qualité est formée à l'analyse des risques a priori.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi de la mise en oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	En grande partie	Les domaines de risques analysés font l'objet d'un programme d'actions, suivi régulièrement sans que ne soit définie une périodicité.
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Partiellement	L'efficacité des actions réalisées sur la maîtrise des risques infectieux est suivie sur la base des indicateurs nationaux. Il n'y a pas eu d'analyse de l'efficacité par ailleurs.

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>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.	En grande partie	
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.	Oui	

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

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

Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



<b>Cotation</b>	<b>C</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation est en place afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Oui	L'établissement a rédigé une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables. Les fiches de signalements des événements indésirables sont à disposition des professionnels. Des échelles de gravité, fréquence et maîtrise du risque ont été définies. Il existe par ailleurs une fiche de déclaration de chutes ainsi que, dans le cadre du management de la prise en charge médicamenteuse, une fiche de signalement spécifique au circuit du médicament. Les fiches de signalement des événements indésirables et les déclarations de chutes sont coordonnées par la responsable qualité gestionnaire de risques. Les fiches liées au circuit du médicament sont coordonnées par la pharmacienne.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	En grande partie	Les professionnels ont été formés à l'utilisation des supports lors de leur mise en place ou lors des réajustements des fiches. Les cadres veillent à l'appropriation de ces outils. Cependant, il n'existe pas de support de formation.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Partiellement	Seule la responsable qualité est formée aux processus de hiérarchisation et à l'analyse des causes. L'ARS propose prochainement une formation spéciale "CREX", l'encadrement et la RAQ ont prévu d'y assister en mai 2013.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Partiellement	Suite à un événement indésirable ayant eu des conséquences graves pour le patient, une réflexion menée en groupe pluridisciplinaire a conduit l'établissement à intégrer cette étude au sein d'une EPP en cours (EPP contention). Des mesures préventives ont été mises en place. Cependant, le processus de hiérarchisation n'a pas été activé et l'établissement n'a pas repéré les événements indésirables nécessitant une analyse des causes profondes. Il n'y a pas de choix d'une méthode d'analyse des causes profondes.
<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.	En grande partie	L'analyse des fiches de signalements indésirables donne lieu à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration. Cependant, il n'y a pas de formalisation de plan d'actions hiérarchisé apportant la lisibilité nécessaire au suivi et à la coordination de ces actions.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Partiellement	Un bilan des événements indésirables a été réalisé en 2009 et un en 2012 permettant le repérage des événements indésirables récurrents. Suite à leur analyse, des améliorations sont menées à l'échelle de l'établissement (exemple concernant les chutes et le circuit du médicament). L'absence d'analyse des causes profondes ne permet pas d'affirmer que les actions d'amélioration dans ce cadre soient exhaustives.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Partiellement	Les EICM (événements indésirables liés au circuit du médicament) sont traités et suivis en COPECM (comité de pilotage du circuit du médicament). Mais il n'existe pas de dispositif de mesure de l'efficacité des actions correctives démontrant l'amélioration des résultats sur la base d'indicateurs prédéfinis (un plan d'actions spécifique, ayant fixé des indicateurs de suivi).

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

Critère 8.g  
Maîtrise du risque infectieux



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

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

Critère 8.h  
Bon usage des antibiotiques



<b>Cotation</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.	B	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heures est inscrite dans le dossier du patient.	Oui	

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

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

<b>Cotation</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.	Oui	
Une coordination, entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement, est organisée.	Oui	
Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	En grande partie	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	En grande partie	

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>	NA	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est en place.	NA	
<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.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La pertinence d'utilisation des produits sanguins labiles est évaluée.	NA	

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

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

**Critère 8.k**  
**Gestion des équipements biomédicaux**

<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.	Oui	
Une procédure (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence), permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique, est formalisée et opérationnelle.	En grande partie	
<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.	Oui	

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

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

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



<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La gestion des plaintes et des réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).	Oui	L'établissement a défini l'organisation de la gestion des plaintes et réclamations ; le directeur est le responsable chargé des relations avec les usagers. Il existe un registre unique colligeant les plaintes et les réclamations et une procédure de gestion des plaintes et des réclamations depuis 2009. Dans le livret d'accueil, les usagers sont informés des modalités pour formuler une plainte ou une réclamation, des personnes à contacter, des missions de la CRU et du dispositif de médiation.
Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	Il existe un lien formalisé entre le directeur chargé des relations avec les usagers et le gestionnaire de risques afin d'échanger des informations sur les plaintes et réclamations vers le système de déclaration des événements indésirables. Sur les fiches de déclaration des événements indésirables, il a été ajouté un item "plainte".
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Lors de plaintes ou réclamations, l'établissement met en oeuvre sa procédure. Les professionnels concernés sont associés à la réponse donnée au plaignant, à l'élaboration et à la mise en oeuvre des actions correctives s'il y a lieu.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	En grande partie	Le plaignant est systématiquement informé des suites données à sa plainte. Si la réclamation est écrite, la réponse est écrite et une trace est conservée dans le registre des réclamations. Pour les réclamations orales, une réponse orale est apportée et tracée dans le registre des réclamations. Le délai des réponses n'est pas suivi.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Partiellement	Le bilan des plaintes et des réclamations est intégré au rapport de la CRU. La CRU ne se réunit pas régulièrement et en 2012, en accord avec l'ARS, la CRU a été réunie une fois, fusionnée avec le conseil de la vie sociale. Lors de cette réunion, les réclamations ont été présentées. L'analyse des plaintes et réclamations donne lieu à des actions d'amélioration.

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

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

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.	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.	Partiellement	

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

# PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

**Référence 10: La bientraitance et les droits****Critère 10.a - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance**

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

## 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>		
<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.	Partiellement	
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.	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.	En grande partie	
<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.	En grande partie	
<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 - 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.	En grande partie	
Les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect de la confidentialité.	En grande partie	
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	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**

<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.	En grande partie	
Les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect de la confidentialité.	Oui	
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	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 - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Accueil et accompagnement de l'entourage**

<b>Cotation</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.	Oui	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<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 longue durée  
Accueil et accompagnement de l'entourage**

<b>Cotation</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.	Oui	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<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.	Partiellement	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

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

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

## Référence 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.	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.	Oui	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.	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.	Oui	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## 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	Un CLUD interétablissements existe depuis 2009, il a permis de définir la stratégie de prise en charge de la douleur, et de la formaliser. La politique de prise en charge de la douleur est déclinée dans le projet d'établissement. Cette prise en charge est déployée dans tout l'établissement.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	En grande partie	Un protocole de prise en charge de la douleur et les outils d'évaluation s'y rattachant sont formalisés et diffusés depuis avril 2010 dans tout l'établissement. Le protocole de prise en charge de la douleur est adapté à la population accueillie. Les protocoles sont rédigés avec la participation des professionnels concernés et sont facilement accessibles. Il n'y a pas de protocole sur la prévention de la douleur induite par les soins potentiellement douloureux.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des actions de formation à la prise en charge de la douleur sont inscrites au plan de formation tous les ans. Les supports de formation sont à la disposition des professionnels.

Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Les équipes sensibilisent régulièrement les patients à l'intérêt du traitement médicamenteux préventif de la douleur. Lors de la semaine de la sécurité des patients, l'établissement a diffusé les affiches "Votre douleur parlons-en". L'éducation du patient à la prise en charge de la douleur n'est pas formalisée dans l'établissement, il n'y a pas de support de formation, ni traçabilité dans les dossiers des patients.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Prise en charge de la douleur" et de sa valeur de 86 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [77-95] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	L'efficacité des traitements antalgiques est vérifiée et les traitements sont ajustés en fonction de ces évaluations. Les modifications de traitement sont tracées dans le dossier du patient. L'évaluation de l'efficacité des interdoses d'antalgiques n'est que partiellement tracée.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'établissement utilise les échelles d'évaluation DOLOPLUS et ALGOPLUS pour les personnes non communicantes. Le protocole de prise en charge de la douleur précise dans quelles circonstances utiliser ces échelles. Les professionnels ont été formés à l'utilisation de ces échelles.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	L'établissement évalue régulièrement l'appropriation et l'utilisation des outils par les professionnels : EPP douleur, questionnaires du CLUD, audits ciblés, supervision des cadres de santé.

<p>La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur "Prise en charge de la douleur". Il a mis en place d'autres modalités d'évaluation. En effet, l'établissement évalue régulièrement cette prise en charge dans le cadre de l'EPP sur la prise en charge de la douleur.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont identifiées et mises en place en fonction des résultats des évaluations, par exemple : révision du protocole "Prise en charge de la douleur", introduction de l'ALGOPLUS en 2011, amélioration de la traçabilité de la fiche de suivi de la douleur, mise en place d'une évaluation au lit du patient... L'impact de ces actions d'amélioration est mesuré.</p>
<p>L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le CLUD interétablissements (incluant Molsheim, Rosheim, Obernai et Lingolsheim) permet le partage des actions d'amélioration, des organisations et des outils mis en oeuvre dans les différents établissements. Des référents douleur ont participé à un forum des CLUD d'Alsace (29/03/2012).</p>

## 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</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
	A	
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	Un CLUD interétablissements existe depuis 2009, il a permis de définir la stratégie de prise en charge de la douleur, et de la formaliser. La politique de prise en charge de la douleur est déclinée dans le projet d'établissement. Cette prise en charge est déployée dans tout l'établissement.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	En grande partie	Un protocole de prise en charge de la douleur et les outils d'évaluation s'y rattachant sont formalisés et diffusés depuis avril 2010 dans tout l'établissement. Le protocole de prise en charge de la douleur est adapté à la population accueillie. Les protocoles sont rédigés avec la participation des professionnels concernés et sont facilement accessibles. Il n'y a pas de protocole sur la prévention de la douleur induite par les soins potentiellement douloureux.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des actions de formation à la prise en charge de la douleur sont inscrites au plan de formation tous les ans. Les supports de formation sont à la disposition des professionnels.

<p>Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les équipes sensibilisent régulièrement les patients à l'intérêt du traitement médicamenteux préventif de la douleur. Lors de la semaine de la sécurité des patients, l'établissement a diffusé les affiches "Votre douleur parlons-en". L'éducation du patient à la prise en charge de la douleur n'est pas formalisée dans l'établissement, il n'y a pas de support de formation ni traçabilité dans les dossiers des patients.</p>
<p>La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une démarche organisée pour mesurer la traçabilité de la mesure de la douleur dans le dossier du patient. Une fiche douleur est incluse dans le dossier avec : le résultat des évaluations par EVA, ALGOPLUS ou DOLOPLUS, la localisation de la douleur, les traitements médicamenteux et non médicamenteux, les effets secondaires à prévenir et constatés. Cette fiche est remplie au moins une fois pour tous les patients, et régulièrement pour les patients algiques.</p>
<p>Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'efficacité des traitements antalgiques est vérifiée et les traitements sont ajustés en fonction de ces évaluations. Les modifications de traitement sont tracées dans le dossier du patient. L'évaluation de l'efficacité des interdosages d'antalgiques n'est que partiellement tracée.</p>
<p>Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement utilise les échelles d'évaluation DOLOPLUS et ALGOPLUS pour les personnes non communicantes. Le protocole de prise en charge de la douleur précise dans quelles circonstances utiliser ces échelles. Les professionnels ont été formés à l'utilisation de ces échelles.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>

Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	L'établissement évalue régulièrement l'appropriation et l'utilisation des outils par les professionnels : EPP douleur, questionnaires du CLUD, audits ciblés, supervision des cadres de santé.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées une fois par an via l'indicateur IPAQSS "Traçabilité de la douleur". De plus, l'établissement évalue régulièrement cette prise en charge dans le cadre de l'EPP sur la prise en charge de la douleur.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées et mises en place en fonction des résultats des évaluations, par exemple : révision du protocole "Prise en charge de la douleur", introduction de l'ALGOPLUS en 2011, amélioration de la traçabilité de la fiche de suivi de la douleur, mise en place d'une évaluation au lit du patient... L'impact de ces actions d'amélioration est mesuré.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	Le CLUD interétablissements (incluant Molsheim, Rosheim, Obernai et Lingolsheim) permet le partage des actions d'amélioration, des organisations et des outils mis en oeuvre dans les différents établissements. Des référents douleur ont participé à un forum des CLUD d'Alsace (29/03/2012).

## 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**

**B**

**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.

Partiellement

Un médecin a un DU de soins palliatifs depuis 2012.  
L'établissement est conventionné avec l'association de soins palliatifs de l'Alsace Nord, il est également conventionné avec l'équipe mobile de soins palliatifs des HUS de Strasbourg.  
L'organisation de cette prise en charge n'est pas formalisée, et, de ce fait, il n'existe pas d'analyse de son fonctionnement.

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

Partiellement

L'établissement dispose d'une procédure visant à recueillir l'identité de la personne de confiance.  
Les volontés du patient relatives aux traitements et autres soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie sont recueillies par les soignants et figurent dans le dossier du patient, sans que cela soit formalisé dans une procédure.  
De même, le recueil des directives anticipées n'est pas formalisé.

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Le livret d'accueil spécifie la possibilité d'établir des directives anticipées et le droit d'accepter ou de refuser les traitements.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Lors de la prise en charge de patients en fin de vie, les professionnels mettent en oeuvre une démarche de projet personnalisé de soins favorisant une réévaluation régulière des soins en fonction de l'évolution de la maladie et un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches. Cette démarche est élaborée en équipe pluridisciplinaire et tracée dans le dossier.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Un médecin a obtenu le DU de soins palliatifs en 2012. Une information sur la loi Leonetti a été dispensée aux professionnels en 2011, des formations sur l'accompagnement en fin de vie sont dans les plans de formation de 2011, 2012 et 2013.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Le projet de soins personnalisé et ses réévaluations régulières en fonction de l'évolution pour les patients en fin de vie sont élaborés en équipe pluridisciplinaire. Les décisions sont tracées dans le dossier du patient afin que tous les professionnels aient la même information sur les stratégies de soins retenues.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Lors des situations de crise, les professionnels peuvent faire appel à la psychologue ou à l'aumônerie des hôpitaux. Les cadres de santé organisent des groupes de parole ou des analyses de pratique si elles le jugent nécessaire.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Une réunion d'information sur la loi Leonetti a été organisée par l'établissement en 2011 ; et en 2012, une information a été réalisée par l'intermédiaire de la lettre qualité de l'établissement. Les professionnels rencontrés lors de la visite de certification connaissent les notions de directives anticipées et de personne de confiance.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a des conventions avec l'association Pierre Clément et la Pastorale de la santé qui interviennent régulièrement au sein de l'établissement.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Non	La prise en charge des patients en fin de vie n'est pas formalisée et n'a donc pas fait l'objet d'évaluation.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	En grande partie	La réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements se fait de manière pluridisciplinaire et en fonction de la volonté des patients lors des staffs pluridisciplinaires. Il n'y a pas dans l'établissement de comité éthique où pourraient être abordés ces sujets.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	N'ayant pas réalisé d'évaluation, l'établissement n'a pas encore défini de plan d'actions d'amélioration.

## 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**

**B**

**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.

Partiellement

Un médecin a un DU de soins palliatifs depuis 2012.  
L'établissement est conventionné avec l'association de soins palliatifs de l'Alsace Nord, il est également conventionné avec l'équipe mobile de soins palliatifs des HUS de Strasbourg.  
L'organisation de cette prise en charge n'est pas formalisée, et, de ce fait, il n'existe pas d'analyse de son fonctionnement.

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

Partiellement

L'établissement dispose d'une procédure visant à recueillir l'identité de la personne de confiance.  
Les volontés du patient relatives aux traitements et autres soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie sont recueillies par les soignants et figurent dans le dossier du patient, sans que cela soit formalisé dans une procédure.  
De même, le recueil des directives anticipées n'est pas formalisé.

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Le livret d'accueil spécifie la possibilité d'établir des directives anticipées et le droit d'accepter ou de refuser les traitements.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Lors de la prise en charge de patients en fin de vie, les professionnels mettent en oeuvre une démarche de projet personnalisé de soins favorisant une réévaluation régulière des soins en fonction de l'évolution de la maladie et un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches. Cette démarche est élaborée en équipe pluridisciplinaire et tracée dans le dossier.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Un médecin a obtenu le DU de soins palliatifs en 2012. Une information sur la loi Leonetti a été dispensée aux professionnels en 2011, des formations sur l'accompagnement en fin de vie sont dans les plans de formation de 2011, 2012 et 2013.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Le projet de soins personnalisé et ses réévaluations régulières en fonction de l'évolution pour les patients en fin de vie sont élaborés en équipe pluridisciplinaire. Les décisions sont tracées dans le dossier du patient afin que tous les professionnels aient la même information sur les stratégies de soins retenues.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Lors des situations de crise, les professionnels peuvent faire appel à la psychologue ou à l'aumônerie des hôpitaux. Les cadres de santé organisent des groupes de parole ou des analyses de pratique si elles le jugent nécessaire.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Une réunion d'information sur la loi Leonetti a été organisée par l'établissement en 2011 ; et en 2012, une information a été réalisée par l'intermédiaire de la lettre qualité de l'établissement. Les professionnels rencontrés lors de la visite de certification connaissent les notions de directives anticipées et de personne de confiance.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a des conventions avec l'association Pierre Clément et la Pastorale de la santé qui interviennent régulièrement au sein de l'établissement.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Non	La prise en charge des patients en fin de vie n'est pas formalisée et n'a donc pas fait l'objet d'évaluation.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	En grande partie	La réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements se fait de manière pluridisciplinaire et en fonction de la volonté des patients lors des staffs pluridisciplinaires. Il n'y a pas dans l'établissement de comité éthique où pourraient être abordés ces sujets.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	N'ayant pas réalisé d'évaluation, l'établissement n'a pas encore défini de plan d'actions d'amélioration.

## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	<p>La politique du dossier patient unique est ancienne et couvre également le secteur médico-social. Une procédure de gestion définit les règles relatives à la tenue du dossier existant depuis 2005, et actualisée en 2013 par un groupe de travail. Les professionnels sont informés des règles en place auxquelles ils ont accès dans la procédure : composition, classement, confidentialité, règles d'utilisation. Cette procédure est accessible dans les classeurs qualité du service.</p> <p>Le cadre du service engage les nouveaux recrutés des services de soins à prendre connaissance de cette procédure.</p> <p>Le logiciel informatique relatif au dossier médical est en cours d'implantation. La partie paramédicale sera installée en 2014.</p>

Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	Oui	La procédure précise les règles d'accès au dossier qui sont connues de l'ensemble des soignants. Celles-ci englobent l'ensemble des données de la prise en charge du patient ainsi que les données issues de consultations et hospitalisations antérieures. Les archives stockées dans un local sécurisé sont uniquement accessibles par l'intermédiaire d'une aide-soignante spécifiquement formée.
<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 78 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [75-81] pour la campagne 2011.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Oui	Tous les éléments constitutifs de la prise en charge sont tracés dans le dossier du patient par les professionnels soignants. Les médecins tracent dans le dossier médical les prescriptions, les observations de chaque visite et consultation. Les rééducateurs, la psychologue et le service social tracent leurs éléments de bilans et leurs interventions tout au long de la prise en charge. La communication avec les correspondants extérieurs est aussi réalisée en temps utile au moment de la pré-admission, en cours d'hospitalisation (consultations spécialisées et/ou examens complémentaires). Lors de la sortie du patient, une fiche de liaison infirmière est rédigée ainsi que l'ordonnance de sortie. Le compte-rendu d'hospitalisation est adressé au médecin traitant dans les délais réglementaires, comme le montre le résultat des indicateurs IPAQSS. Dans le cas d'un transfert vers l'EHPAD, les documents utiles à sa prise en charge suivent le patient.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il réalise d'autres évaluations sur la base d'indicateurs internes comme l'évaluation des risques de chutes, la désignation de la personne de confiance.

	Oui	
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration ont été menées à partir de l'analyse des indicateurs IPAQSS, comme la mise en place systématique d'une grille douleur, d'un support de traçabilité des réunions de synthèse, de l'évaluation nutritionnelle initiale.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

La politique du dossier patient unique est ancienne et couvre également le secteur médico-social. Une procédure de gestion définit les règles relatives à la tenue du dossier existant depuis 2005, et actualisée en 2013 par un groupe de travail. Les professionnels sont informés des règles en place auxquelles ils ont accès dans la procédure : composition, classement, confidentialité, règles d'utilisation. Cette procédure est accessible dans les classeurs qualité du service.

Le cadre du service engage les nouveaux recrutés des services de soins à prendre connaissance de cette procédure.

Le logiciel informatique relatif au dossier médical est en cours d'implantation. La partie paramédicale sera installée en 2014.

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

Oui

La procédure précise les règles d'accès au dossier qui sont connues de l'ensemble des soignants. Celles-ci englobent l'ensemble des données de la prise en charge du patient ainsi que les données issues de consultations et hospitalisations antérieures. Les archives stockées dans un

	Oui	local sécurisé sont uniquement accessibles par l'intermédiaire d'une aide-soignante spécifiquement formée.
<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'organisation en place permet à l'ensemble des intervenants du SLD, la traçabilité de leur activité : dossier administratif, médical et de soins. Les éléments constitutifs de la prise en charge tout au long du séjour y figurent, permettant aux professionnels, les échanges d'information en temps utile. L'établissement suit les indicateurs IPAQSS en SLD, alors qu'il n'y est pas contraint, et des indicateurs internes ont été identifiés pour évaluer cette traçabilité.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Oui	Tous les éléments constitutifs de la prise en charge sont tracés dans le dossier du patient par les professionnels soignants. Les médecins tracent dans le dossier médical les prescriptions, les observations de chaque visite et consultation. Les rééducateurs, la psychologue et le service social tracent leurs éléments de bilans et leurs interventions tout au long de la prise en charge. La communication avec les correspondants extérieurs est aussi réalisée en temps utile au moment de la pré-admission, en cours d'hospitalisation (consultations spécialisées et/ou examens complémentaires). Lors d'un transfert du patient, une fiche de liaison infirmière est rédigée et transmise. Lors de la sortie au domicile, le compte-rendu d'hospitalisation est rédigé et transmis au correspondant externe concerné.
<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	Le dossier du patient en SLD fait l'objet d'évaluations sur la base des indicateurs IPAQSS et d'indicateurs internes identifiés. Une évaluation ponctuelle, menée en 2012, de sept dossiers a montré une nette amélioration des pratiques.

Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration ont été menées suite aux EPP ; par exemple, une macrocible d'admission est en place dans les sept jours d'admission, une fiche de suivi alimentaire est également rajoutée dans le dossier du patient...
-------------------------------------------------------------------------	-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 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

Un protocole d'accès du patient à son dossier est formalisé. Il est disponible sur le site Internet de l'établissement.  
 Un formulaire type de demande d'accès au dossier peut être directement téléchargé.  
 Un accompagnement est proposé pour la consultation sur place, afin d'aider le patient lors de la lecture des données médicales.  
 Les modalités spécifiques concernant les ayants droit en cas de décès sont prévues dans le protocole.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les dispositions d'accès au dossier sont définies dans le livret d'accueil remis à chaque patient ainsi que sur le site Internet de l'établissement.

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

Oui

Les délais de réponse aux demandes d'accès au dossier, sont indiqués dans le protocole. Ces délais sont conformes à la réglementation. Cet indicateur est suivi pour toute demande d'accès au 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	En 2011 et 2012, l'établissement n'a reçu qu'une seule demande d'accès. Les délais ont été respectés et n'ont pas donné lieu de ce fait, à la mise en oeuvre d'actions correctives.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	En grande partie	La CRU/conseil de la vie sociale (instance fusionnée avec le secteur médico-social) est informée des demandes d'accès au dossier et des délais de réponse. Cependant, la CRU ne s'est réunie qu'une seule fois en 2012. Les demandes d'accès au dossier figurent dans le bilan annuel de la CRU.

## 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

Un protocole d'accès du patient à son dossier est formalisé. Il est disponible sur le site Internet de l'établissement.  
 Un formulaire type de demande d'accès au dossier peut être directement téléchargé.  
 Un accompagnement est proposé pour la consultation sur place, afin d'aider le patient lors de la lecture des données médicales.  
 Les modalités spécifiques concernant les ayants droit en cas de décès sont prévues dans le protocole.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les dispositions d'accès au dossier sont définies dans le livret d'accueil remis à chaque patient ainsi que sur le site Internet de l'établissement.

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

Oui

Les délais de réponse aux demandes d'accès au dossier, sont indiqués dans le protocole. Ces délais sont conformes à la réglementation. Cet indicateur est suivi pour toute demande d'accès au 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	En 2011 et 2012, l'établissement n'a reçu qu'une seule demande d'accès. Les délais ont été respectés et n'ont pas donné lieu de ce fait, à la mise en oeuvre d'actions correctives.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	En grande partie	La CRU/conseil de la vie sociale (instance fusionnée avec le secteur médico-social) est informée des demandes d'accès au dossier et des délais de réponse. Cependant, la CRU ne s'est réunie qu'une seule fois en 2012. Les demandes d'accès au dossier figurent dans le bilan annuel de la CRU.

## Référence 15: l'identification du patient

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



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Il existe une organisation pour garantir la fiabilité de l'identification du patient. Cette organisation définit les objectifs en matière d'identification, propres aux secteurs administratifs et aux secteurs cliniques. Le logiciel de création des dossiers administratifs identifie les doublons et alerte la vigilance du professionnel. Lors des admissions, une check-list spécifique a été mise en place, rappelant la recherche d'antériorité, les vérifications à partir des différents documents d'identification. Une photocopie de la carte d'identité est intégrée dans le dossier du patient ainsi qu'une photo de la personne dans les jours qui suivent l'hospitalisation. Un bracelet d'identification est mis à chaque patient. Les points critiques ont été identifiés par un groupe de travail, et un plan d'actions a été établi et mis en oeuvre. Les différents acteurs ont des missions et des responsabilités définies, ils utilisent des ressources et des outils d'analyse du fonctionnement (check-list). La gestion des situations particulières, comme la demande de "non divulgation de la présence", est prise en compte et connue.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Non	Il n'y a pas eu de formation à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	A l'entrée du patient, le personnel administratif met en oeuvre les procédures de vérification du patient. Des contrôles de cohérence entre la carte d'identité, les cartes Vitale et de mutuelle sont réalisés.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	Les EV ont pu constater que les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription mais ne disposent pas d'une procédure de vérification. La vérification n'est pas tracée.
<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.	Partiellement	La déclaration d'erreur d'identité figure dans la fiche de signalement des événements indésirables. Cependant, l'établissement n'a pas développé d'outils lui permettant une évaluation précise de la fiabilité du dispositif dans sa globalité. La coordination n'est pas structurée : il n'y a pas de personne référente identifiée, ni de tableau de suivi.

## Référence 15: l'identification du patient

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



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Il existe une organisation pour garantir la fiabilité de l'identification du patient. Cette organisation définit les objectifs en matière d'identification, propres aux secteurs administratifs et aux secteurs cliniques. Le logiciel de création des dossiers administratifs identifie les doublons et alerte la vigilance du professionnel. Lors des admissions, une check-list spécifique a été mise en place, rappelant la recherche d'antériorité, les vérifications à partir des différents documents d'identification. Une photocopie de la carte d'identité est intégrée dans le dossier du patient ainsi qu'une photo de la personne dans les jours qui suivent l'hospitalisation. Un bracelet d'identification est mis à chaque patient. Les points critiques ont été identifiés par un groupe de travail, et un plan d'actions a été établi et mis en oeuvre. Les différents acteurs ont des missions et des responsabilités définies, ils utilisent des ressources et des outils d'analyse du fonctionnement (check-list). La gestion des situations particulières, comme la demande de "non divulgation de la présence", est prise en compte et connue.

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.	Non	Il n'y a pas eu de formation à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	A l'entrée du patient, le personnel administratif met en oeuvre les procédures de vérification du patient. Des contrôles de cohérence entre la carte d'identité, les cartes Vitale et de mutuelle sont réalisés.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	Les EV ont pu constater que les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription mais ne disposent pas d'une procédure de vérification. La vérification n'est pas tracée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Partiellement	La déclaration d'erreur d'identité figure dans la fiche de signalement des événements indésirables. Cependant, l'établissement n'a pas développé d'outils lui permettant une évaluation précise de la fiabilité du dispositif dans sa globalité. La coordination n'est pas structurée : il n'y a pas de personne référente identifiée, ni de tableau de suivi.

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

<b>Cotation</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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	Oui	

**Référence 16: l'accueil du patient****Critère 16.a - Soins de longue durée  
Dispositif d'accueil du patient****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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Non	
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 - 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>		
<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.	Oui	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	En grande partie	
Le projet de soins personnalisé 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****Evaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé**

<b>Cotation</b>		
<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.	Oui	
Un projet de soins personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	En grande partie	
Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	En grande partie	
<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.b Prise en charge somatique des patients



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

<b>Cotation</b>		
	NA	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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 - Soins de suite et/ou de réadaptation Continuité et coordination de la prise en charge des patients

<b>Cotation</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.	En grande partie	

## 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

<b>Cotation</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.	En grande partie	

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

<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.	En grande partie	
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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	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.	Partiellement	
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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	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.*

<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.	En grande partie	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

<b>Cotation</b>		<b>B</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.	En grande partie		
<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.	Partiellement		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	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.	En grande partie	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	En grande partie	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - 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>	<b>NA</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.	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.*

<b>Cotation</b>		<b>B</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.	En grande partie		
<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.	En grande partie		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	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.	En grande partie	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Partiellement	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes démunies

#### 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>B</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.	En grande partie		
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.	En grande partie	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	En grande partie	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes détenues

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

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

<b>Cotation</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.	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 - Soins de suite et/ou de réadaptation Troubles de l'état nutritionnel



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » et de sa valeur de 69 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [57–81] pour la campagne de recueil 2011.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	En grande partie	.
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**



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

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 - Soins de suite et/ou de réadaptation Risque suicidaire

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	Oui	
<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.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	Partiellement	
<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.	Non	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

<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.	Oui	
<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.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	Partiellement	
<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.	Non	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

<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 - 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 du médicament et des dispositifs médicaux stériles a été validée par le COMEDIMS et la CME en mars 2011. La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient prend en compte :

- les décisions de la certification V2007 ;
- la prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge ;
- la formation des professionnels et des nouveaux arrivants ;
- la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration (incluses dans le programme d'amélioration continu de la qualité) ;
- l'informatisation du circuit du médicament.

La liste des médicaments à risques est définie.  
 La PUI de l'établissement est celle du GCS (groupement de coopération sanitaire) pharmacie inter-hospitalière d'Obernai.  
 L'établissement adhère au COMEDIMS du GCS, et en interne, le circuit du médicament est géré par le COPECM (commission de prise en charge médicamenteuse) du patient ou du résident.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Le circuit du médicament est informatisé depuis 2009.
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Le logiciel d'aide à la prescription dispose d'une aide en ligne. Il met à disposition des informations relatives à la prescription (posologies, CI, interactions...). Des outils sont élaborés et diffusés aux professionnels par la pharmacie à usage interne : livret thérapeutique, procédure de prise en charge médicamenteuse, guides de bonnes pratiques d'administration, guides de bon usage des antibiotiques, pansements, antiseptiques, médicaments des personnes âgées... Le classeur pharmacie incluant les procédures, protocoles et fiches est à disposition des professionnels et mis à jour en continu.
<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.	En grande partie	Six professionnels de santé de l'établissement ont été formés pendant deux jours en novembre 2012 à la prévention des erreurs médicamenteuses. Un référent du circuit du médicament est nommé dans l'établissement. Les autres professionnels de santé sont sensibilisés au risque d'erreur médicamenteuse par les cadres de santé et les membres du COPECM, mais ces actions ne sont ni formalisées ni tracées.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Le circuit du médicament est informatisé depuis 2009.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif, en particulier par les indicateurs développés dans le cadre des EPP sur la prise en charge médicamenteuse (sécurité et traçabilité de l'administration des médicaments, audit organisationnel du bon usage des antibiotiques, qualité de la prescription des antibiotiques, audits Inter Diag et Archimède sur les risques liés à la prise en charge médicamenteuse du patient, évaluation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, prescription des benzodiazépines) et dans le tableau de bord des activités de la PUI.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Il existe une procédure de gestion des signalements d'événements indésirables liés au circuit du médicament, commune au groupement de coopération sanitaire.          Tout événement indésirable lié au circuit du médicament est signalé au médecin dans les plus brefs délais par l'infirmière. Les signalements sont centralisés et analysés par la pharmacie à usage interne, la rétro-information des professionnels est assurée lors des COMEDIMS.          Les événements graves ou récurrents font l'objet d'une analyse approfondie en COPECM, à la fréquence de deux par an. L'établissement a prévu la formation de professionnels de santé à l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves liés au circuit du médicament, il n'y a pas de CREX opérationnel.</p>
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont définies dans le cadre des EPP liées à la prise en charge médicamenteuse et lors de l'analyse des événements indésirables liés au circuit du médicament. Ces actions sont suivies et coordonnées par la COPECM et la PUI. La présentation par la PUI des bilans semestriels des événements indésirables liés au circuit du médicament et des résultats EPP est réalisée en COPECM et transmise aux instances par la RAQ. La rétro-information</p>

Oui	des professionnels est assurée par l'intermédiaire des bilans annuels des événements indésirables liés au circuit du médicament et des résultats des EPP.
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 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 du médicament et des dispositifs médicaux stériles a été validée par le COMEDIMS et la CME en mars 2011. La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient prend en compte :

- les décisions de la certification V2007 ;
- la prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge ;
- la formation des professionnels et des nouveaux arrivants ;
- la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration (incluses dans le programme d'amélioration continu de la qualité) ;
- l'informatisation du circuit du médicament.

La liste des médicaments à risques est définie.  
 La PUI de l'établissement est celle du GCS (groupement de coopération sanitaire) pharmacie inter-hospitalière d'Obernai.  
 L'établissement adhère au COMEDIMS du GCS, et en interne, le circuit du médicament est géré par le COPECM (commission de prise en charge médicamenteuse) du patient ou du résident.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Le circuit du médicament est informatisé depuis 2009.
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Le logiciel d'aide à la prescription dispose d'une aide en ligne. Il met à disposition des informations relatives à la prescription (posologies, CI, interactions...) Des outils sont élaborés et diffusés aux professionnels par la pharmacie à usage interne : livret thérapeutique, procédure de prise en charge médicamenteuse, guides de bonnes pratiques d'administration, guides de bon usage des antibiotiques, pansements, antiseptiques, médicaments des personnes âgées... Le classeur pharmacie incluant les procédures, protocoles et fiches est à disposition des professionnels et mis à jour en continu.
<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.	En grande partie	Six professionnels de santé de l'établissement ont été formés pendant deux jours en novembre 2012 à la prévention des erreurs médicamenteuses. Un référent du circuit du médicament est nommé dans l'établissement. Les autres professionnels de santé sont sensibilisés au risque d'erreur médicamenteuse par les cadres de santé et les membres du COPECM, mais ces actions ne sont ni formalisées ni tracées.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Le circuit du médicament est informatisé depuis 2009.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif, en particulier par les indicateurs développés dans le cadre des EPP sur la prise en charge médicamenteuse (sécurité et traçabilité de l'administration des médicaments, audit organisationnel du bon usage des antibiotiques, qualité de la prescription des antibiotiques, audits Inter Diag et Archimède sur les risques liés à la prise en charge médicamenteuse du patient, évaluation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, prescription des benzodiazépines) et dans le tableau de bord des activités de la PUI.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Il existe une procédure de gestion des signalements d'événements indésirables liés au circuit du médicament, commune au groupement de coopération sanitaire.          Tout événement indésirable lié au circuit du médicament est signalé au médecin dans les plus brefs délais par l'infirmière. Les signalements sont centralisés et analysés par la pharmacie à usage interne, la rétro-information des professionnels est assurée lors des COMEDIMS.          Les événements graves ou récurrents font l'objet d'une analyse approfondie en COPECM, à la fréquence de deux par an.          L'établissement a prévu la formation de professionnels de santé à l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves liés au circuit du médicament, il n'y a pas de CREX opérationnel.</p>
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont définies dans le cadre des EPP liées à la prise en charge médicamenteuse et lors de l'analyse des événements indésirables liés au circuit du médicament. Ces actions sont suivies et coordonnées par la COPECM et la PUI. La présentation par la PUI des bilans semestriels des événements indésirables liés au circuit du médicament et des résultats EPP est réalisée en COPECM et transmise aux instances par la RAQ. La rétro-information</p>

Oui	des professionnels est assurée par l'intermédiaire des bilans annuels des événements indésirables liés au circuit du médicament et des résultats des EPP.
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation		C
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	En grande partie	Les règles de prescription sont définies dans la procédure "Prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé". Les prescriptions médicamenteuses sont saisies sur le logiciel de prescription. Il existe un support unique de prescription/administration issu du logiciel de prescription, mais ce support n'est pas adapté pour les prescriptions d'AVK qui sont prescrites et libellées quotidiennement par les médecins sur un autre support, sans identification ni signature du prescripteur.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	Les règles d'organisation de la continuité du traitement médicamenteux du patient sont définies dans la procédure (conciliation médicamenteuse). Il existe une procédure de gestion du traitement personnel du patient. Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Il existe une procédure définissant les modalités de dispensation des médicaments par la PUI du GCS (groupement de coopération sanitaire) d'Obernai. L'acheminement des médicaments est sécurisé. La PUI assure les réponses aux demandes urgentes de médicaments, les informations et conseils aux utilisateurs, l'optimisation des stocks. L'analyse pharmaceutique est partielle, le pharmacien de la PUI du GCS ne dispose ni des données cliniques ni des données biologiques du patient. La délivrance est globale. Le conditionnement des médicaments ne permet pas toujours leur identification jusqu'à l'administration.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments. Il existe une double vérification des médicaments à risques. Ces documents sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Le matériel d'administration des médicaments à risques est standardisé. Le personnel dédié et formé à la gestion et au rangement des médicaments et en particulier des médicaments à risques est identifié. La traçabilité de l'administration des médicaments est organisée, mais pas en temps réel.</p>
<p><b>E2 Mettre en oeuvre</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>Les règles de prescription sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Compte tenu de la valeur du critère "Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 100 % pour la campagne de recueil 2011.</p>
<p>Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'analyse pharmaceutique est exhaustive, mais porte uniquement sur les posologies et les interactions, sans connaissance des données cliniques et biologiques. La délivrance est globale.</p>

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	Des informations ou conseils sont donnés au moment de la prescription ou de l'administration du médicament. Les situations nécessitant une information des patients ne sont pas identifiées. L'information délivrée n'est pas structurée, elle n'est pas tracée dans le dossier du patient, il n'y a pas de support.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	La traçabilité de l'administration est assurée, mais pas en temps réel. Concernant les AVK, selon les résultats biologiques, les médecins retranscrivent, à partir du logiciel, les posologies quotidiennes adaptées sur support papier. La traçabilité est alors réalisée sur ce support papier.
<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	Des audits réguliers sont réalisés sur la prise en charge médicamenteuse, en particulier lors des EPP "sécurité et traçabilité de l'administration des médicaments" et "évaluation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé". Un audit "ANAP" a été réalisé en avril 2012.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Suite à l'audit ANAP et dans le cadre des EPP, des actions d'amélioration sont mises en oeuvre. De nombreux guides de bon usage des médicaments ont été mis à la disposition des professionnels : antibiotiques, antiseptiques, anti-infectieux, pansements, médicaments pour les personnes âgées, bonnes pratiques de préparation et d'administration des médicaments.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation		C
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	En grande partie	Les règles de prescription sont définies dans la procédure "Prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé". Les prescriptions médicamenteuses sont saisies sur le logiciel de prescription. Il existe un support unique de prescription/administration issu du logiciel de prescription, mais ce support n'est pas adapté pour les prescriptions d'AVK qui sont prescrites et libellées quotidiennement par les médecins sur un autre support, sans identification ni signature du prescripteur.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	Les règles d'organisation de la continuité du traitement médicamenteux du patient sont définies dans la procédure (conciliation médicamenteuse). Il existe une procédure de gestion du traitement personnel du patient. Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Il existe une procédure définissant les modalités de dispensation des médicaments par la PUI du GCS (groupement de coopération sanitaire) d'Obernai. L'acheminement des médicaments est sécurisé. La PUI assure les réponses aux demandes urgentes de médicaments, les informations et conseils aux utilisateurs, l'optimisation des stocks. L'analyse pharmaceutique est partielle, le pharmacien de la PUI du GCS ne dispose ni des données cliniques ni des données biologiques du patient. La délivrance est globale. Le conditionnement des médicaments ne permet pas toujours leur identification jusqu'à l'administration.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments. Il existe une double vérification des médicaments à risques. Ces documents sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Le matériel d'administration des médicaments à risques est standardisé. Le personnel dédié et formé à la gestion et au rangement des médicaments et en particulier des médicaments à risques est identifié. La traçabilité de l'administration des médicaments est organisée, mais pas en temps réel.</p>
<p><b>E2 Mettre en oeuvre</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>Les règles de prescription sont mises en oeuvre.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les prescriptions sont informatisées et effectuées selon le protocole établi par l'établissement, y compris pour les injectables et les médicaments à risques. Les prescriptions des AVK sont libellées quotidiennement sur un autre support, sans identification ni signature du prescripteur.</p>
<p>Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'analyse pharmaceutique est exhaustive, mais porte uniquement sur les posologies et les interactions, sans connaissance des données cliniques et biologiques. La délivrance est globale.</p>

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	En grande partie	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	Des informations ou conseils sont donnés au moment de la prescription ou de l'administration du médicament. Les situations nécessitant une information des patients ne sont pas identifiées. L'information délivrée n'est pas structurée, elle n'est pas tracée dans le dossier du patient, il n'existe pas de support.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	La traçabilité de l'administration est assurée, mais pas en temps réel. Concernant les AVK, en fonction des résultats biologiques, les médecins retranscrivent, à partir du logiciel, les posologies quotidiennes adaptées sur support papier. La traçabilité est alors réalisée sur ce support papier.
<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	Des audits réguliers sont réalisés sur la prise en charge médicamenteuse, en particulier lors des EPP "sécurité et traçabilité de l'administration des médicaments" et "évaluation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé". Un audit "ANAP" a été réalisé en juin 2012.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Suite à l'audit ANAP et dans le cadre des EPP, des actions d'amélioration sont mises en oeuvre. De nombreux guides de bon usage des médicaments ont été mis à la disposition des professionnels : antibiotiques, antiseptiques, anti-infectieux, pansements, médicaments pour les personnes âgées, bonnes pratiques de préparation et d'administration des médicaments.

## 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.*

<b>Cotation</b>		<b>A</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.	Oui		
<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 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>A</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.	Oui		
<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 - Soins de suite et/ou de réadaptation

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

<b>Cotation</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.	Partiellement	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

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

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

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

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

<b>Cotation</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.	Partiellement	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

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

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

### Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

<b>Cotation</b>	<b>NA</b>	
<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 - Soins de suite et/ou de réadaptation Demande d'examen et transmission des résultats

<b>Cotation</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).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<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.	Partiellement	
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>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).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<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.	Partiellement	
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>		
<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 - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Education thérapeutique du patient**

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

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

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

### Critère 23.a - Soins de longue durée Education thérapeutique du patient

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

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

## Référence 24: La sortie du patient

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 92 % avec un intervalle de confiance de 95 % = [85 - 100] pour la campagne 2011.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il n'a pas mis en oeuvre d'autre modalité d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

## Référence 24: La sortie du patient

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



### Cotation

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.	En grande partie	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	La pertinence des orientations à la sortie ou lors d'un transfert n'est pas évaluée.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

## 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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.	
Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.	
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	

La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	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>
Le suivi des temps d'attente et de passage, selon le degré d'urgence, est en place.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	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>
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en oeuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	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>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
	NA	
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	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>
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	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>
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	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>
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

## 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>	NA	
<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.	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 professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, et sont formés, notamment en matière d'information des familles.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	-----------------------------------------------------------------------

**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>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.	Oui	

## PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.a

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



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

L'engagement des professionnels est effectif.	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.	Partiellement	

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.b Pertinence des soins

<b>Cotation</b>		
	A	
<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.	Oui	
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**



<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## 6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

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

### Éléments de lecture du tableau

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

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

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

### Remarque :

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

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



## 7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE



