



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

**RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**  
**CENTRE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION DE BAGNOLES**  
**DE L'ORNE**

17 avenue du Dr J. Aimez  
61140 BAGNOLE DE L'ORNE

SEPTEMBRE 2011

# 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	13
4. Critères investigués lors de la visite de certification	14
5. Suivi de la décision	15
<b>3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS</b>	<b>16</b>
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	19
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	20
3. Regard Patient	21
<b>4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>22</b>
<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITÈRE</b>	<b>25</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>26</b>
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE	27
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	50
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS	83
<b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	<b>109</b>
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	110

PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT	136
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	148
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	200
PARTIE 5. EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	223
<b>6. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	<b>230</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 d'Hospitalisation, 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 d'Hospitalisation/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 suite à la procédure de certification.

## 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.

Les niveaux de certification sont les suivants :

<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 dysfonctionnements 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 constatés.	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

# CENTRE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

Adresse : 17 avenue du Dr J. AIMEZ 61140 BAGNOLE DE L'ORNE

Site internet de l'établissement : [www.cmpr-bagnoles.com](http://www.cmpr-bagnoles.com)

Statut : Privé

Type d'établissement : Privé à but non lucratif

Type de Prise en charge	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places en ambulatoire
MCO		
SM		
SSR	80	10
SLD		
HAD		

Nombre de sites :	Un seul site.
Activités principales :	SSR
Activités de soins soumises à autorisation :	SSR : * affections de l'appareil locomoteur * affections du système nerveux * affections cardio-vasculaires
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité :	

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements  
(Principales conventions, réseaux, GCS) :

L'établissement participe :

\* aux différents réseaux de sa région comme le réseau SEP, le réseau Diabète, le réseau Ornicard concernant les maladies cardiovasculaires,

\* aux réseaux régionaux douleur, hygiène et qualité,

Il a établi de nombreuses conventions avec les hopitaux voisins (L'AIGLE, le CHIC ALENCON MAMERS, le CHU de CAEN).

Il reçoit de nombreux stagiaires d'écoles professionnelles de la région (IDE, AS, kiné, ergothérapeutes ...).

Regroupement / Fusion :

Arrêt ou fermeture d'activités :

Créations d'activités nouvelles ou reconversions :

## 2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## **1. Niveau de certification**

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

## **2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire**

Compte tenu des informations issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité Sanitaire de la fiche interface HAS / ARS, la Haute Autorité de Santé demande à l'établissement de finaliser sa mise en conformité sur le circuit du médicament et l'eau chaude sanitaire (thématiques ayant des avis favorables mais pour lesquelles des actions sont en cours de mises oeuvre).

## **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 7 au 9 Juin 2011.

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

##### **MANAGEMENT STRATEGIQUE**

1a, 1b, 1f, 2e

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

3b, 6b, 6c, 7b, 7d

##### **MANAGEMENT DE LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS**

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

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

10a-SSR, 12a-SSR

##### **GESTION DES DONNEES DU PATIENT**

14a-SSR, 14b-SSR, 15a-SSR

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

17a-SSR, 19a-les personnes démunies, 19b-SSR, 19c-SSR, 20a-SSR, 20b-SSR, 21a-SSR, 24a-SSR

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

28a, 28b, 28c

## **5. Suivi de la décision**

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

## 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. Ce score est ensuite comparé à la moyenne du score obtenu par les établissements de sa catégorie. 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 (1f)
- Fonction « gestion des risques » (8b),
- Gestion des événements indésirables (8f),
- Maîtrise du risque infectieux (8g),
- Système de gestion des plaintes et réclamations (9a),
- Prise en charge de la douleur (12a),
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13a),
- Gestion du dossier patient (14a),
- Accès du patient à son dossier (14b),
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15a),
- Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient (20a),
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25a),
- Organisation du bloc opératoire (26a),

Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement. Ce score est ensuite comparé à la moyenne du score obtenu par les établissements de sa catégorie.

### Critères sélectionnés par les représentants des usagers

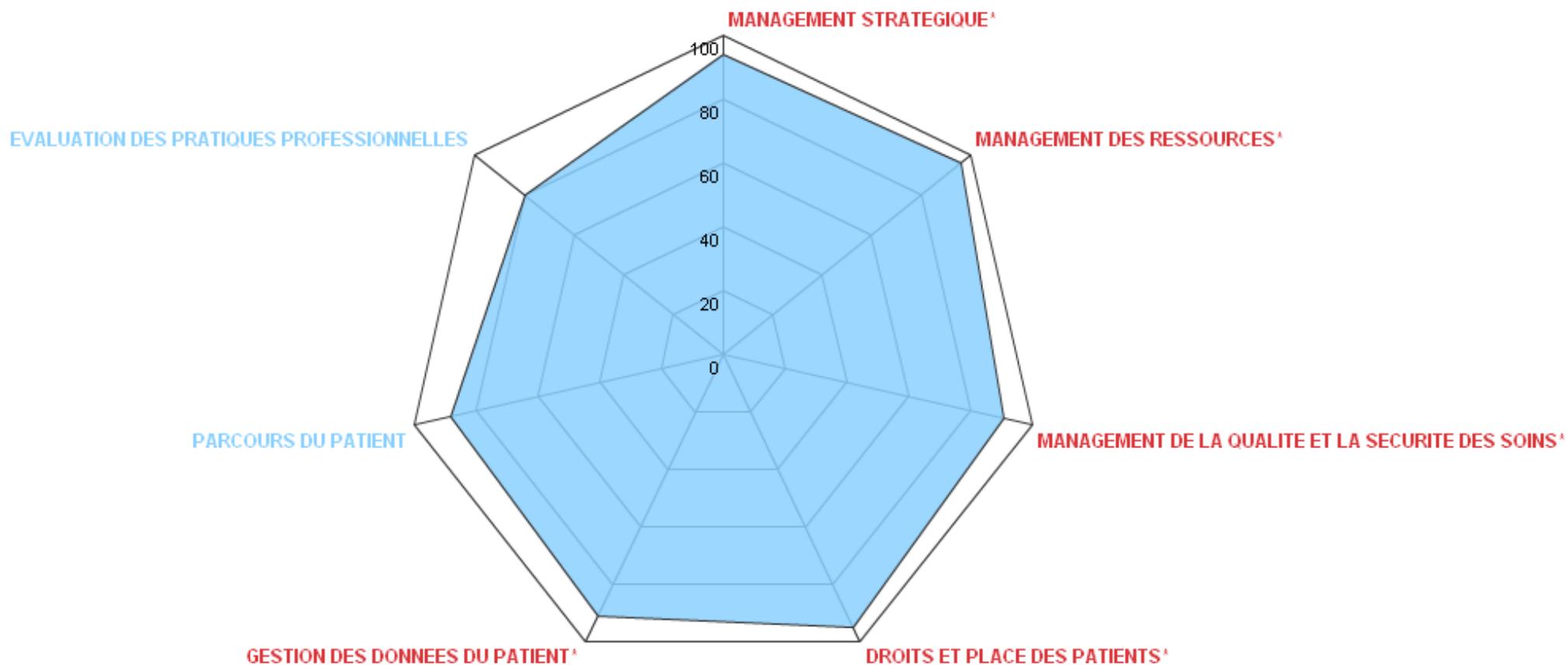
Le troisième graphique présente, sous forme d'histogramme, les scores obtenus sur des critères sélectionnés par les représentants des associations d'usagers comme répondant à des attentes prioritaires en matière de prise en charge du patient :

- 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),

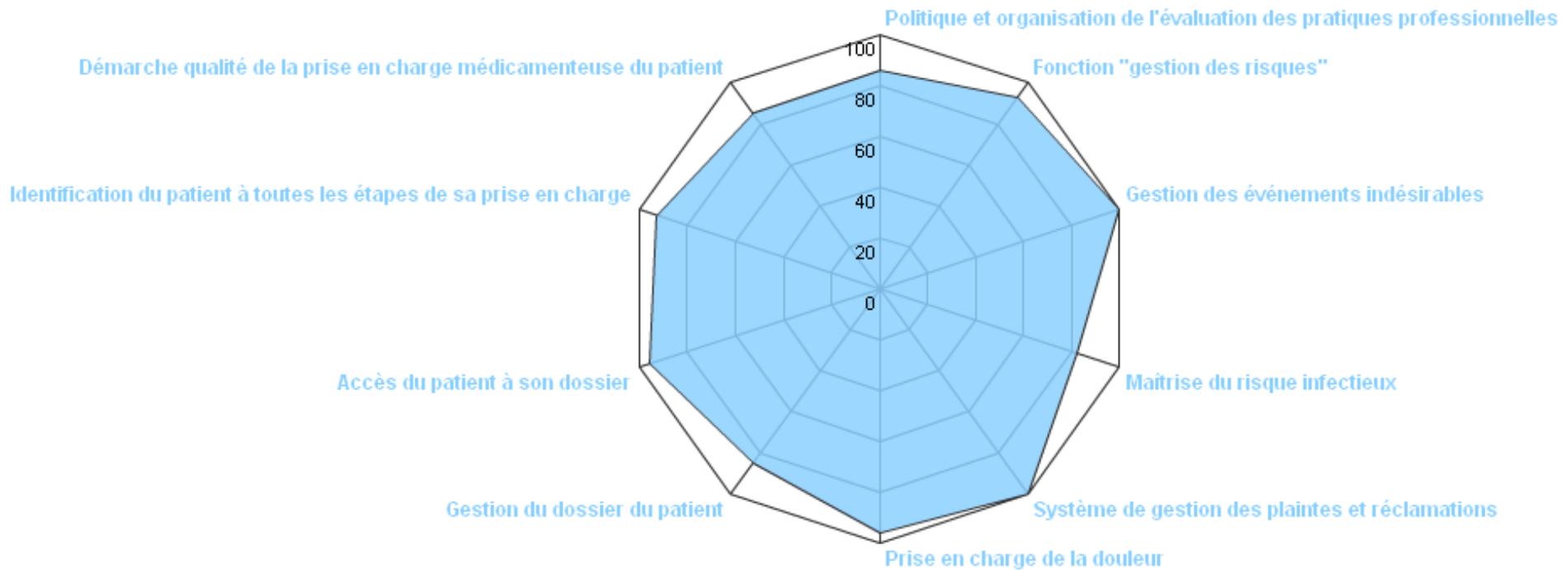
Lorsque l'établissement comprend plusieurs types de prise en charge, le graphique présente le résultat obtenu pour chacun de ces critères et pour chacune des prises en charge.

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

\*En rouge les points forts ( $\geq 90\%$ )

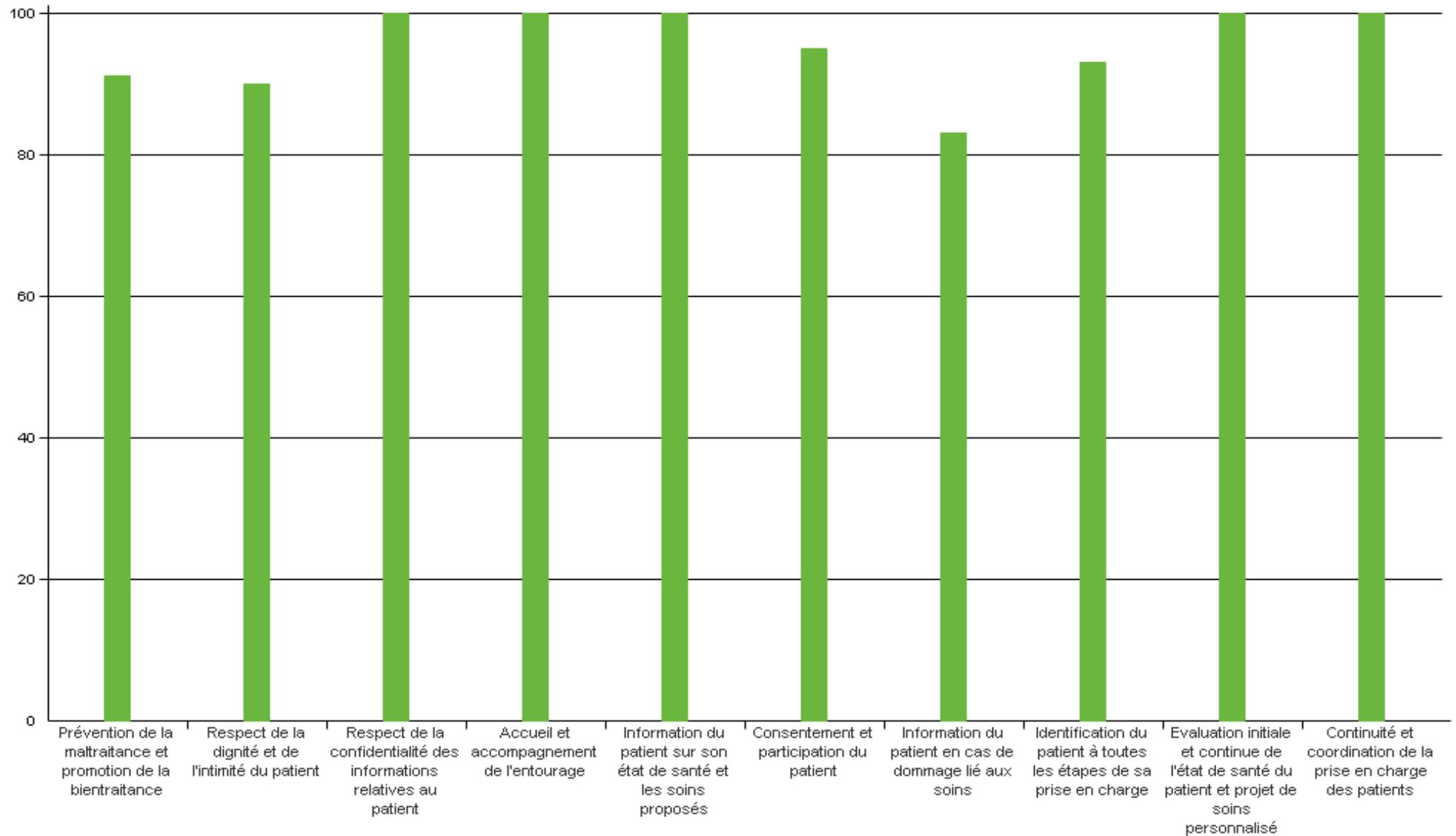


## 2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires



### 3. Regard Patient

SSR



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

## APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>RECOMMANDATION 1 :</p> <p>3 c (l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines)</p>	<p>OUI</p>	<p>Le document unique a été finalisé en juin 2010.</p> <p>Le plan d'amélioration des conditions de travail a été créé en juin 2010.</p> <p>Le suivi et l'évaluation des actions entreprises sont réalisés dans le cadre du programme établi par le CHSCT.</p> <p>L'établissement a recruté en 2010 un cadre administratif, titulaire d'un master en gestion des ressources humaines, pour assurer le lien entre les ressources humaines et la gestion des risques professionnels.</p> <p>Cette interaction s'appuie sur les résultats des entretiens biennaux et des questionnaires de satisfaction du personnel pour alimenter le programme d'amélioration des conditions de travail.</p> <p>Les réunions du CHSCT permettent de formaliser cette coordination entre le secteur des ressources humaines et celui des risques (ainsi que les réunions du COVIRIS).</p>

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>RECOMMANDATION 2 : 14 d (les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter)</p>	<p>EN COURS</p>	<p>Les risques a priori liés aux processus et liés aux risques professionnels ont été hiérarchisés en 2006. Les actions d'atténuation des risques a priori, ont diversement évolué depuis 2007. La direction a décidé de mettre les moyens nécessaires à la gestion globalisée des risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge d'une formation sur 2 ans DIU qualité et risque et un master "Mention politique de santé publique et sécurité sanitaire, spécialité sécurité sanitaire et qualité des soins" ;</li> <li>- Nomination du nouveau gestionnaire des risques fin 2009, alors qu'il était en 2ème année de formation.</li> </ul> <p>Depuis ont été réalisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Finalisation du document unique ;</li> <li>- Création du plan d'amélioration des conditions de travail ;</li> <li>- Création d'une nouvelle instance de gestion coordonnée des risques (COVIRIS) qui intègre également les vigilances ;</li> <li>- La priorité a été de structurer la gestion des risques a posteriori liés aux soins (FDEI) et la gestion des risques professionnels a posteriori.</li> </ul> <p>La cartographie générale des risques est en cours de finalisation et de hiérarchisation.</p>

## 5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1a

#### Valeurs, missions et stratégie de l'établissement

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.	Oui	
La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques.	Oui	
L'établissement met en place des partenariats en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La mise en oeuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	Oui	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	Oui	

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1b

#### Engagement dans le développement durable

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.	Oui	
Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La stratégie liée au développement durable est déclinée dans un programme pluriannuel.	Oui	
Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	Oui	
L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Non	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Non	Le programme pluriannuel vient d'être défini, son suivi avec réajustements est prévu, mais il n'a pas encore pu être réalisé.

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1c Démarche éthique

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les professionnels ont accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.	En grande partie	
Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.	En grande partie	
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.	Partiellement	

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1d

#### Politique des droits des patients

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).	Oui	
Des formations aux droits des patients destinées aux professionnels sont organisées.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'évaluation et d'amélioration en matière de respect des droits des patients sont mises en oeuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CRU.	Oui	

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1e

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

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est intégrée dans les orientations stratégiques.	Oui	
L'instance délibérante statue au moins une fois par an sur cette politique.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est diffusée dans l'établissement.	Oui	
Des objectifs et des indicateurs, validés par la direction, sont déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus et sur la base du rapport de la CRU.	Oui	

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1f

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



**COTATION**

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La politique de gestion de la qualité et risques, a été actualisée pour y intégrer l'organisation de la gestion des EPP en octobre 2009.</p> <p>La politique de développement de l'EPP est clairement énoncée par la direction de l'établissement. Il n'existe pas toutefois de document formalisé reprenant ces éléments et qui soit intégré dans un programme qualité et gestion des risques détaillé. Les EPP sont par contre intégrées dans le plan d'actions qualité.</p> <p>L'établissement a mis en place une cellule de gestion des EPP (CGEPP) validée en COPIL en octobre 2009.</p> <p>La composition finale validée en COPIL en décembre 2009 est pluriprofessionnelle.</p> <p>Le règlement intérieur de la CGEPP est en place. Il définit la politique et les objectifs généraux de l'instance qui assure le choix et le suivi des EPP.</p>

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Dans le cadre de la CGEPP, la concertation est effective du fait de la représentation de la plupart des catégories professionnelles, personnels médicaux et paramédicaux , les responsables des démarches d'EPP étant régulièrement conviés aux réunions de la CGEPP pour faire le point sur l'état d'avancement de leurs EPP respectives.</p> <p>L'instance est coordonnée par le directeur de l'établissement ce qui permet une concertation suivie entre gestionnaires et professionnels sur l'EPP.</p>
<p>Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médicotechnique.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les missions de la CGEPP sont déclinées dans le règlement intérieur de cette instance.</p> <p>Les responsables des EPP sont identifiés et ont pour mission d'assurer le déploiement des EPP dont les thèmes choisis permettent d'impliquer les différents secteurs d'activité.</p> <p>L'ensemble des secteurs cliniques et médico-techniques est concerné.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'accompagnement des professionnels est assuré par la direction qualité et gestion des risques.</p> <p>Un accompagnement externe est réalisé par la Coordinatrice du Réseau Bas-Normand Santé Qualité qui est également référente régionale de la HAS.</p> <p>Les professionnels disposent, en matière de méthodologie, d'un accompagnement interne par le responsable qualité.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP.</p>	<p>Oui</p>	<p>La CEGEPP suit l'état d'avancement des démarches d'EPP dont certaines ont débutées en 2006 et sont poursuivies actuellement et d'autres ont commencé en 2010.</p> <p>Certaines EPP ont conduit l'établissement à engager des actions d'amélioration.</p> <p>Le suivi de l'impact de certaines démarches est assuré par le recueil d'indicateurs (notamment les indicateurs qualhas).</p> <p>La périodicité des réunions de CEGEPP est définie (trimestrielle) permettant le suivi de l'avancement des travaux de chaque EPP.</p>
<p>Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les membres de la CGEPP ont validé les thèmes d'EPP et ont déterminé la méthodologie pour chaque EPP.</p> <p>Le suivi de l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP s'opèrent lors des différentes réunions de la CGEPP.</p> <p>Les comptes-rendus de la CGEPP sont disponibles en ligne sur le réseau interne de même que les différentes démarches d'EPP.</p> <p>Il n'y a pas eu d'autres modes de communication des démarches d'EPP.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Partiellement	La présentation des démarches d'EPP est effective dans le cadre du COPIL qualité, de la CME et de CGEPP. Il n'y a pas eu de présentation de la démarche EPP à la CRUQPC ou au conseil d'administration.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus.	Oui	La stratégie de développement des EPP est réévaluée à la fin de chacune des réunions de la CGEPP afin de déterminer la pertinence de maintenir ou non le thème d'EPP. La périodicité en est définie par celle des réunions de CGEPP (trimestrielle).

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1g

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

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en oeuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	Oui	
Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forum, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La direction suit le développement de la culture qualité et sécurité dans l'établissement.	Oui	

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

### Critère 2a

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

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activités sont définis.	Oui	
Les circuits de décision et de délégation sont définis.	Oui	
<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.	Oui	
<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.	Oui	

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

### Critère 2b

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

#### COTATION

**A**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.	Oui	
Les attentes des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activité ou d'établissement.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré.	Oui	

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

### Critère 2c

#### Fonctionnement des instances

#### COTATION

**A**

<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 leur compétence.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.	Oui	
Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le fonctionnement des instances est évalué (bilan, programme d'actions, suivi des actions, etc.).	Oui	

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

### Critère 2d

#### Dialogue social et implication des personnels

#### COTATION

**A**

<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 des personnels 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.	Oui	

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

### Critère 2e

#### Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement



### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	Oui	
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	Oui	
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaison externe et interne).	Oui	

## **PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES**

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3a

#### Management des emplois et des compétences

**COTATION**

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.	Partiellement	
Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.	Partiellement	
Les compétences spécifiques pour les activités à risque ou innovantes sont identifiées.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des dispositions sont mises en oeuvre pour 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.	Non	

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3b

#### Intégration des nouveaux arrivants

#### COTATION

**A**

<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.	Oui	

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3c

#### Santé et sécurité au travail

Le CHSCT est obligatoire dans tous les établissements publics et privés d'au moins 50 salariés. En dessous de 50 salariés, les missions du CHSCT sont assurées par les délégués du personnel.

#### COTATION

**B**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	Non	

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3d

#### Qualité de vie au travail

#### COTATION

**A**

<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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont évaluées.	Oui	
La satisfaction des personnels est évaluée.	Oui	

## Référence 4 : La gestion des ressources financières

### Critère 4a

#### Gestion budgétaire

#### COTATION

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et s'il y a lieu de recettes, selon une procédure formalisée.	Oui	
Ces objectifs tiennent compte des engagements pris dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement conduit une analyse des coûts dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne.	Oui	

<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 4b

#### Amélioration de l'efficience

#### COTATION

**A**

<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.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement conduit des études et/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 et/ou des audits donnent lieu à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	

## Référence 5 : Le système d'information

### Critère 5a

#### Systeme d'information

**COTATION**

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un schéma directeur du système d'information est défini en cohérence avec les orientations stratégiques et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	

## Référence 5 : Le système d'information

### Critère 5b

#### Sécurité du système d'information

**COTATION**

**A**

<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 5c

#### Gestion documentaire

#### COTATION

**A**

<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 par les 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.	Oui	

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

### Critère 6a

#### Sécurité des biens et des personnes

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.	Oui	
Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les situations identifiées font l'objet de dispositifs adaptés de sécurité (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 6b

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

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.	Oui	
L'établissement dispose d'un programme de maintenance.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les opérations de maintenance (curatives et préventives) assurées en interne et par des sociétés extérieures sont tracées et permettent un suivi des opérations.	Oui	
Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel.	Oui	

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

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

### Critère 6c

#### Qualité de la restauration

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Il existe une organisation permettant dès l'admission du patient, de recueillir ses préférences alimentaires.	Oui	
Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les préférences des patients sont prises en compte.	Oui	
Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.	Oui	

<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.	Oui	

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

### Critère 6d Gestion du linge

**COTATION**

**A**

<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.	Oui	
<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.	Oui	
Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	Oui	
Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 6e

#### Fonction transport des patients

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La fonction transport des patients est organisée.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.	Oui	
Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La satisfaction et les délais d'attente sont évalués à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 6f

#### Achats écoresponsables et approvisionnements

**COTATION**

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif en associant les utilisateurs	Oui	
La politique d'achat et de relations avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat écoresponsable.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement initie une démarche d'achat écoresponsable pour certains produits et/ou services	Oui	
<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.	Oui	

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

### Critère 7a

#### Gestion de l'eau

#### COTATION

**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 et/ou le CLIN (ou équivalents).	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 préventif et curatif des installations élaboré avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) est mis en oeuvre.	Oui	
Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) et tracés.	Oui	
Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un suivi des différents types de rejets est assuré.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 7b Gestion de l'air

**COTATION**

**A**

<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.	NA	
L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales.	Oui	
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 et/ou le CLIN (ou équivalents) et le CHSCT sont mis en oeuvre.	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 7c

#### Gestion de l'énergie

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un diagnostic énergétique est réalisé.	Oui	
Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.	Oui	
Un programme d'actions hiérarchisé de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un suivi périodique est réalisé.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.	Oui	

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

### Critère 7d

#### Hygiène des locaux

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les actions à mettre en oeuvre pour assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	Oui	
En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations	Oui	
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	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 7e

#### Gestion des déchets

**COTATION**

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le tri des déchets est réalisé.	Oui	
Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	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 QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS**

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

### Critère 8a

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

**COTATION**

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est formalisé.	Oui	
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents.	Oui	
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	NA	
Le programme est soumis aux instances.	Oui	

<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 sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	En grande partie	
<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.	En grande partie	
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	

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



Critère 8b

Fonction "gestion des risques"

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une fonction « gestion des risques » est définie dans l'établissement.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La fonction "gestion des risques" est identifiée explicitement et a été intégrée dans l'organigramme hiérarchique et fonctionnel. Les missions, les responsabilités et les qualifications sont décrites dans la fiche de poste. La fonction est occupée à temps partiel par un gestionnaire des risques titulaire d'un master ; le temps passé dans la fonction gestion des risques n'est pas définie dans la fiche de poste. Au niveau institutionnel, les liens entre la fonction gestion des risques et les différents professionnels impliqués dans les fonctions qualité et gestion des risques sont structurés et effectifs.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour des objectifs du programme de gestion des risques.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le COVIRIS est présidé par le directeur de l'établissement, animé par le gestionnaire de risques sur délégation de la direction. Il est composé en outre du directeur adjoint, du directeur logistique et responsable de la matériovigilance, du responsable de la restauration, d'un médecin représentant la CRUQPC, d'un représentant du CHSCT, du président de la CME, d'un membre du service technique (risques réglementaires), du responsable du service de kinésithérapie, de la présidente du CLIN et du COMEDIMS et responsable de la pharmacovigilance, du cadre de santé infirmier et responsable de l'identitovigilance, d'un représentant des usagers, du médecin du travail et de l'agent d'assurance de l'établissement.</p> <p>Les vigilances sont donc intégrées au COVIRIS.</p> <p>Les personnes ressources au niveau des différents risques dans l'établissement sont identifiées.</p>

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.	Oui	Le dispositif d'évaluation est structuré . L'évaluation des conditions d'exercice de la fonction "gestion des risques" a été réalisée et à fait l'objet d'actions d'amélioration.

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

### Critère 8c

#### Obligations légales et réglementaires

#### COTATION

**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 suite aux 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.	Oui	

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

### Critère 8d

#### Evaluation des risques a priori

#### COTATION

**B**

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Non	

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

### Critère 8e

#### Gestion de crise

#### COTATION

**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.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une cellule de crise est opérationnelle.	En grande partie	
Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnelles.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'appropriation des procédures est évaluée suite à la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.	En grande partie	
Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.	En grande partie	

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



### Critère 8f

### Gestion des événements indésirables

**COTATION**

**A**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

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

Oui

Il existe une procédure de gestion des événements indésirables, qui définit les modalités de déclaration des événements indésirables sur le support informatique, et leur traitement par le gestionnaire de risques.  
Les notions de gravité et fréquence probable sont définies dans la procédure et sur le support informatique.  
Il existe un seul système de déclaration qui est géré par le responsable gestion des risques.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

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

Oui

Des formations, et rappels de l'utilisation du logiciel qualité informatisé, dont le signalement des événements indésirables ont été réalisés pour tous les personnels, avec remise d'un guide, comme support de formation.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Le gestionnaire des risques a bénéficié d'une formation spécifique, intégrée au programme de formation. Il a formé les membres du COVIRIS aux méthodes d'analyse des événements graves et récurrents qui sont traités dans ce cadre.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	Les événements indésirables graves (EIG) sont identifiés, et sont analysés sur un document spécifique. Leur gestion fait l'objet d'un traitement particulier par le gestionnaire des risques, le responsable du service concerné et une personne compétente du domaines concerné, si besoin. Le gestionnaire des risques avec un groupe de travail fait alors l'analyse des causes profondes et le groupe propose des actions d'amélioration. Le directeur est informé.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.	Oui	Suite à l'analyse des évènements indésirables, des actions sont mises en place par le responsable de l'action corrective. Ces dernières sont suivies par le gestionnaire de risques dans un tableau, puis validées par le COVIRIS quand la gestion de l'évènement indésirable est terminée.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Les évènements indésirables récurrents sont traités comme des EIG. Les causes profondes sont analysées comme pour les EIG par un groupe issu du COVIRIS et les personnels concernés. Des actions d'amélioration sont définies par le groupe.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	L'efficacité des actions correctives est mesurée, par l'évolution des signalements des évènements indésirables, et des questionnaires de satisfaction.

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

### Critère 8g

#### Maîtrise du risque infectieux



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

#### COTATION

**A**

**Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales**

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

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

A

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

### Critère 8h

#### Bon usage des antibiotiques

Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par l'indicateur ICATB.



Les établissements non concernés par cet indicateur sont les établissements d'hospitalisation à domicile, d'hémodialyse, ambulatoires, les centres de postcure alcoolique exclusifs et les maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (MECSS).

#### COTATION

**A**

Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score agrégé	
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	En grande partie	La réévaluation de l'antibiothérapie est effectuée mais la traçabilité dans le dossier n'est pas toujours effective à ce jour. Une trace peut être portée dans le dossier simplement lors du bilan clinique suivant qui est toujours effectué dans la semaine suivante.

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

### Critère 8i

#### Vigilances et veille sanitaire

**COTATION**

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place.	Oui	
Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée.	Oui	
Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	

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

### Critère 8j

#### Maîtrise du risque transfusionnel

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

COTATION		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 des risques

### Critère 8k

#### Gestion des équipements biomédicaux

#### COTATION

**B**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.	Oui	
<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 9a

### Système de gestion des plaintes et réclamations



#### COTATION

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La gestion des plaintes et réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).	Oui	La procédure de gestion des plaintes et réclamations des usagers décrit l'organisation en place dans l'établissement, et prévoit le responsable chargé des relations avec les usagers, et le registre des plaintes et réclamations. Le fonctionnement de la CRUQPC fait l'objet d'un règlement interne conformément à la réglementation. L'information des patients est réalisée par le livret d'accueil.
Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	La procédure de gestion des plaintes et réclamations prévoit les échanges vers le système de déclaration des événements indésirables. Les liens entre les différents acteurs de ces 2 dispositifs sont formalisés.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	La procédure de gestion des plaintes et réclamations mise en place associe les professionnels concernés aux actions correctives, si besoin et les informe de la réponse faite aux plaignants.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	L'information du plaignant sur le traitement de sa plainte est effectuée par l'établissement, et rappelle le dispositif du médiateur. Les délais réglementaires sont respectés.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations incluant le suivi du délai de réponse au plaignant contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les membres de la CRUQPC sont destinataires de toutes les plaintes et réclamations reçues. L'analyse qualitative, et quantitative des plaintes et réclamations est réalisée avec la CRUQPC. Elle est suivie d'un bilan, et de propositions d'amélioration intégrées dans son rapport annuel.</p> <p>Les recommandations émises par la CRUQPC sont intégrées dans le programme qualité et gestion des risques par le responsable qualité et gestion des risques qui fait partie de la CRUQPC.</p>

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

### Critère 9b

#### Evaluation de la satisfaction des usagers

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.	Oui	
Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre au niveau des secteurs d'activité et font l'objet d'un suivi.	Oui	
La politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est revue à partir des résultats de l'évaluation.	Oui	

## CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT

# PARTIE 1. DROIT ET PLACE DES PATIENTS

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10a-SSR

#### Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

#### COTATION

**A**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	En grande partie	
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 bienveillance et les droits

### Critère 10b-SSR

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

#### COTATION

**A**

<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 les dimensions de respect de la dignité et de respect 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.	En grande partie	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	

<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.	Oui	

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10c-SSR

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

#### COTATION

**A**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
Des actions d'amélioration en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont menées.	Oui	

## Référence 10 : La bienveillance et les droits

### Critère 10d-SSR

#### Accueil et accompagnement de l'entourage

#### COTATION

**A**

<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	
<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	

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

## Référence 10 : La bienveillance et les droits

### Critère 10e-SSR

#### Gestion des mesures de restriction de liberté

#### COTATION

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les projets médicaux, et/ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation de contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.)	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrant la réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

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

### Critère 11a-SSR

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

#### COTATION

#### A

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation de la satisfaction du patient quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

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

### Critère 11b-SSR

#### Consentement et participation du patient

#### COTATION

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation est définie permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soin.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soin proposé sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soin.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

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

### Critère 11c-SSR

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié 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 dommage lié aux soins, sont menées.	Oui	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Non	

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

### Critère 12a-SSR

#### Prise en charge de la douleur



### COTATION

**A**

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

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

Oui

La stratégie a été définie en réunion du CLUD avec tous les membres et validée en CME.  
Le CLUD a un règlement intérieur depuis 2001, celui-ci définit la politique et les objectifs de la prise en charge de la douleur.  
Il définit également les modalités de prise en charge de la douleur et les moyens utilisés.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins sont définis.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le CLUD propose et réactualise les protocoles d'évaluation et de traitement de la douleur adaptés aux patients accueillis. Ces protocoles s'appuient sur les guides de bonnes pratiques et sur le réseau régional de la douleur. L'ensemble des protocoles est accessible aux personnels concernés sur le lieu d'activité dans des classeurs CLUD et sur le réseau informatique.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les besoins en formation sont évalués par le CLUD et inscrits dans son programme annuel, les demandes figurent ensuite dans le plan annuel de formation de l'établissement.</p> <p>Chaque fois qu'un protocole nouveau est proposé sur un secteur d'activité, il est au préalable présenté et expliqué à l'équipe concernée et les supports nécessaires sont insérés dans le classeur CLUD.</p> <p>Les professionnels impliqués sont ainsi associés et sensibilisés régulièrement à la mise en oeuvre des protocoles. Ils peuvent alors exprimer auprès des référents les difficultés éventuelles à le mettre en oeuvre, les modifications à y apporter,...</p> <p>Ce sont également eux qui font remonter vers le CLUD leurs demandes spécifiques, le plus souvent par l'intermédiaire des référents ou des membres du comité.</p> <p>Il existe sur ce plan un programme et des supports de formation.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les patients séjournant en secteur MPR sont souvent affectés de symptomatologies douloureuses chroniques. Ils apprennent à travers les exercices de rééducation qui leur sont proposés à les gérer. Ils sont impliqués dans la prise en charge médicamenteuse de leur douleur puisqu'ils gardent sur la journée l'autonomie de la prise des antalgiques (Sauf pour les stupéfiants, qui ne peuvent être distribués que sur demande auprès de l'IDE).</p> <p>Les examens médicaux (Entrée, sortie, visites hebdomadaires,...) sont aussi l'occasion d'actions d'information et d'éducation des patients pour les aider à mieux assumer leurs douleurs et les traitements qu'elles nécessitent.</p> <p>Des livrets spécifiques (Douleurs neuropathiques, TMS, douleurs épicondyliennes,...) sont disponibles.</p>
<p>La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Compte-tenu de la classe pour l'indicateur « Prise en charge de la douleur » et de sa valeur de 84% avec un intervalle de confiance à 95% de [76% - 92%] pour la campagne 2010.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.</p>	<p>Oui</p>	<p>Pour une douleur aiguë, il est demandé aux IDE, quand elles donnent un antalgique (comme elles y sont autorisées dans les protocoles), d'en noter le résultat sur le dossier.</p> <p>Pour les traitements chroniques les réévaluations régulières du médecin ou des IDE amènent des adaptations ou modifications thérapeutiques.</p> <p>L'évaluation avant puis après les mesures décidées se fait par utilisation de la réglette EVA pour les patients communicants, au moyen de l'évaluation du BPSNI (échelle de douleur pour les non-communicants).</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>Un protocole spécifique a été proposé par le CLUD, validé, présenté aux personnels concernés basé sur l'évaluation du score BPSNI. Il a été évalué une première fois en décembre 2010.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les médecins, les responsables des services (Soins infirmiers, rééducation) en collaboration avec les référents douleur s'assurent de l'utilisation des outils par les professionnels.</p> <p>Les formations sont évaluées par un questionnaire auprès du personnel.</p> <p>Une évaluation de la connaissance du protocole spécifique pour patient non communicant a été menée lors de sessions de formations CLUD sur la douleur induite par les soins et la douleur neuropathique.</p>
<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 ».</p> <p>Il a développé d'autres modalités d'évaluation (analyse des questionnaires de sortie, enquête un jour donnée sur la prise en charge de la douleur).</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Chaque année le CLUD à travers son bilan annuel fait le point sur les axes à améliorer et les inscrit dans le programme d'actions de l'année qui suit.
L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	Les 3 référents, tous titulaires du D.U douleur, participent aux travaux du Réseau Régional de la Douleur soit comme auditeurs, soit comme intervenants pour les thèmes touchant à la pratique de l'établissement.

## Référence 13 : La fin de vie

### Critère 13a-SSR

#### Prise en charges et droits des patients en fin de vie

*Ce critère s'applique à tous les établissements accueillant des patients en fin de vie.*



### COTATION

NA

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La démarche palliative est mise en oeuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.	NA	
Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.	NA	
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	NA	
Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en oeuvre.	NA	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	NA	
Les secteurs d'activité les plus concernés mettent en place une réflexion sur les situations d'obstination déraisonnable et la limitation ou l'arrêt de traitements à visée curative.	NA	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

## PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT

## Référence 14 : Le dossier du patient

### Critère 14a-SSR

### Gestion du dossier du patient



### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	<p>Le dossier patient est mixte avec une partie informatisée et une partie papier.</p> <p>Le processus de gestion du dossier patient et le guide d'utilisation du dossier sont connus des professionnels et comportent les règles de tenue du dossier patient (chaque professionnel a reçu un guide d'utilisation).</p> <p>Le processus de gestion du dossier patient décrit les modalités d'information des professionnels.</p> <p>Le guide d'utilisation et le processus sont accessibles au niveau du réseau informatique de l'établissement. Une version papier du guide d'utilisation est disponible dans chaque service.</p> <p>Les seuls intervenants extérieurs sont des chirurgiens qui viennent consulter. Ils n'interviennent pas directement dans le dossier patient le compte-rendu de leur consultation est inséré par la secrétaire médicale dans la bureautique CLINICOM.</p>

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le processus de gestion du dossier patient et le guide d'utilisation du dossier définissent les règles d'accès au dossier patient par les professionnels de l'établissement.</p> <p>La liste des professionnels habilités à accéder au dossier patient figure dans le guide d'utilisation.</p> <p>Le processus et le guide d'utilisation sont accessibles sur le réseau pour la partie informatique, chaque professionnel dispose d'un mot de passe personnel qui est régulièrement modifié au cours du temps.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Compte-tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 80 avec un intervalle de confiance à 95% de [78 - 83] pour la campagne 2010.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Tous les professionnels de l'établissement ont accès sur le réseau informatique aux différents éléments du dossier (selon leurs droits). Les informations sont accessibles en permanence, une sauvegarde papier des documents indispensables à la prise en charge existe en cas de panne informatique.</p> <p>Le courrier de sortie est systématiquement envoyé aux correspondants externes et au médecin désigné par le patient dans un délai n'excédant pas une semaine mais celui-ci ne comporte pas toujours tous les éléments.</p> <p>En cas de transfert en urgence un courrier médical et un dossier de mutation infirmier sont réalisés et adressés avec le patient.</p> <p>Tout patient adressé à l'extérieur pour la réalisation d'examens ou pour une consultation est accompagné d'un courrier médical.</p> <p>Le processus de gestion du dossier patient définit les règles et les modalités d'accès au dossier patient, ainsi que les modalités et le délai de communication des informations aux correspondants.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation, le dossier du patient a été évalué à deux reprises (2007 et 2009) à l'aide d'une grille d'évaluation construite par l'établissement d'après la grille d'évaluation HAS.</p> <p>Une évaluation du contenu du dossier est effectuée lors de la sortie du patient permettant de valider le contenu du dossier et sa complétude avant l'archivage.</p> <p>Un contrôle qualité hebdomadaire effectué par le DIM à partir du PMSI, permet aussi une évaluation.</p>
<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les évaluations réalisées (évaluations internes à l'établissement, IPAQSS) ont conduit à la mise en place de plans d'actions et de plans de suivi validés par le COPIL. Le suivi de la mise en oeuvre est réalisé lors des réunions de COPIL,</p> <p>Deux d'indicateurs (Traçabilité du risque d'escarre, dépistage des troubles nutritionnels) ont fait l'objet d'une EPP et d'un suivi.</p>

## Référence 14 : Le dossier du patient

### Critère 14b-SSR

#### Accès du patient à son dossier



### COTATION

### A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	<p>Les modalités d'accès du patient (ou des ayants droits) à son dossier sont décrites dans le processus gestion du dossier patient conformément à la législation en vigueur.</p> <p>Les demandes d'accès au dossier patient sont réceptionnées par le secrétariat de direction (également secrétariat de relation avec les usagers) qui est chargé de transmettre les demandes au médecin concerné, et qui assure le suivi de ces demandes.</p> <p>Des fiches « parcours » ont été établies pour tracer le mode de communication du dossier et le type de document remis au patient.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	<p>Le patient est informé des modalités de consultation de son dossier par l'intermédiaire du livret d'accueil.</p> <p>Le résumé de la charte de la personne hospitalisée mentionnant l'accès aux informations est affiché à plusieurs endroits de l'établissement. La charte de la personne hospitalisée dans sa version complète est disponible sur demande auprès du personnel.</p>
L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.	Oui	<p>Lorsque le patient est hospitalisé dans l'établissement, du fait de l'organisation mise en place (visites, réunions interdisciplinaires), il est informé au minimum de façon hebdomadaire de l'évolution de son état de santé par le médecin. Si le patient a quitté l'établissement le dossier est communiqué selon les délais réglementaires.</p> <p>Le secrétariat de direction est chargé du suivi des demandes de dossier et du respect des délais de transmission.</p> <p>Un tableau récapitulatif des demandes et des délais de transmission est tenu à jour.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un tableau de suivi des demandes d'accès au dossier patient, mis en place au 2ème semestre 2010, est tenu à jour par le secrétariat de direction. Il trace les différentes étapes de la demande et de la transmission du dossier.</p> <p>Une évaluation annuelle des délais de transmission sera réalisée à l'aide de ce tableau à partir du 2ème semestre 2011.</p> <p>Pour le moment les demandes de dossiers auprès de l'établissement ont été inexistantes ce qui ne permet pas d'envisager de mise en place d'actions d'amélioration.</p>
<p>La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La procédure mise en place au 2ème semestre 2010 va permettre d'informer la CRUQPC des demandes de dossiers par l'intermédiaire du tableau de suivi lors de chaque réunion à partir de 2011.</p> <p>Le résultat de l'évaluation et les éventuelles actions d'amélioration seront communiquées lors du bilan annuel.</p>

## Référence 15 : L'identification du patient

### Critère 15a-SSR

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



### COTATION

### A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

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

Oui

L'identitovigilance a été intégrée au COVIRIS au 1er semestre 2010.  
Une responsable d'identitovigilance a été nommée.  
La politique et la procédure d'identification du patient au sein de l'établissement ont été rédigées et validées par le COVIRIS fin 2010.  
La procédure reprend les différentes étapes de l'identification du patient et ses modalités d'application (identification primaire et secondaire).  
Les erreurs sont suivies et analysées et donnent lieu à des actions d'amélioration, si besoin.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>La responsable de l'identitovigilance a formé le personnel administratif et le personnel des services. Un programme de formation a été mis en place et un support de formation sous power point a été élaboré pour cela.</p>
<p>Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'identification primaire est assurée à l'accueil administratif (vérification de l'identité à l'aide d'une pièce d'identité dont la trace est conservée dans le dossier administratif, création d'une IPP sur le logiciel informatique, recherche automatique de doublons, analyse et correction des erreurs), une personne étant spécifiquement en charge de ce suivi à l'accueil administratif.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'identification lors des soins est aussi une préoccupation des soignants, l'identité étant contrôlée par l'usage d'un questionnaire ouvert ou pour les patients non communiquant ou souffrant de troubles des fonctions supérieures par la mise en place d'un bracelet. Les différentes pièces du dossier papier sont aussi identifiées grâce à une étiquette éditée par le bureau des entrées comprenant les éléments nécessaires à une identification fiable du patient concerné. Cette vérification de l'identité n'est pas systématiquement tracée dans le dossier.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient est réalisée par la responsable d'identitovigilance.</p> <p>Un tableau de suivi mensuel trace les erreurs d'identification lors de la création du dossier administratif, les doublons, et les erreurs d'identification lors des soins (à l'aide des déclarations d'évènements indésirables).</p> <p>Les erreurs dans les autres étapes sont relevées par le biais des déclarations d'évènements indésirables. Il n'y a pas eu encore d'audit de l'ensemble du circuit.</p> <p>Le tableau de suivi est examiné à chaque réunion de COVIRIS, et le plan d'actions déterminé en fonction du type d'erreurs relevées.</p> <p>Les erreurs graves font l'objet d'analyse et d'actions correctives immédiates.</p>

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

## Référence 16 : L'accueil du patient

### Critère 16a-SSR

#### Dispositif d'accueil du patient

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des modalités d'accueil du patient sont définies.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	Oui	
En l'absence de service d'urgence, des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge 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 séjour.	Oui	
Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	Partiellement	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le temps d'attente prévisible 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 17 : L'évaluation de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé

### Critère 17a-SSR

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

#### COTATION

#### A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	
La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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'évaluations sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	Oui	

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

### Critère 18a-SSR

#### Continuité et coordination de la prise en charge des patients

#### COTATION

#### A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 heures/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes.	Oui	
Des modalités de transmission d'information 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 entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnel(s) référent(s) est désigné pour la prise en charge du patient.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les événements indésirables relatifs à la continuité des soins sont évalués et des actions d'amélioration sont menées.	Oui	

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

### Critère 18b-SSR

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

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	Oui	
La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Oui	

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

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes âgées

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	Partiellement	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	Oui	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les patients porteurs de maladies chroniques Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	Oui	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les enfants et adolescents

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

NA

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.

NA

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

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

NA

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

NA

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	NA	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	NA	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes atteintes d'un handicap Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	En grande partie	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	Oui	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes démunies

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	Oui	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes détenues

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

NA

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.

NA

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

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

NA

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

NA

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	NA	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	NA	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19b-SSR

#### Troubles de l'état nutritionnel



### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.	Partiellement	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » et de sa valeur de 59% avec un intervalle de confiance à 95% de [48% - 70%] pour la campagne 2010.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels ». Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19c-SSR Risque suicidaire

#### COTATION

**B**

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
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 19d

#### Hospitalisation sans consentement

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

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des procédures sont mises en oeuvre.	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	

## Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20a-SSR

#### Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient



**COTATION**

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une procédure intitulée « Processus du circuit du médicament » qui décrit le dispositif mis en oeuvre depuis la prescription jusqu'à l'administration en conformité avec les recommandations.</p> <p>La politique est définie dans le projet d'établissement et dans le règlement intérieur du COMEDIMS en cohérence avec le CBUM. Le COMEDIMS regroupe la pharmacienne (Présidente), l'ensemble des médecins, la responsable des SSI, le directeur ou son représentant. Cette composition permet une interactivité avec les professionnels concernés dans les services de soins. Elle dresse annuellement son bilan, définit ses objectifs, évalue et assure le suivi de sa politique de prise en charge médicamenteuse.</p> <p>Des objectifs annuels successifs ont été décidés en COMEDIMS et mis en place.</p>

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'informatisation du circuit du médicament est complète depuis la prescription jusqu'à l'administration, elle est intégrée au système d'information hospitalier.</p> <p>L'établissement a pris la décision d'installer un nouveau système informatique en novembre 2010 qui intègre l'ensemble des données administratives et médicales.</p> <p>Un logiciel "Le bureau du pharmacien" (novembre 2010) a été notamment acquis qui permet l'analyse pharmaceutique des prescriptions.</p>
<p>Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles de prescription des médicaments sont clairement établies et validées en COMEDIMS.</p> <p>Les prescriptions sont systématiques, établies sur support informatique, horodatées, éditées en deux exemplaires signés du prescripteur, l'un destiné à la pharmacie, l'autre classé dans le dossier de soin infirmier.</p>

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des dictionnaires Vidal de l'année en cours sont à disposition dans les salles de soins.  Par ailleurs, l'établissement est abonné à la revue Prescrire.  Des guides réunis en un même lieu (Bon usage des antibiotiques, des opioïdes, liste des antibiotiques disponibles, dotation des chariots...).</p> <p>L'actualisation est faite annuellement par le COMEDIMS.  Les protocoles sont disponibles dans chaque pharmacie de soins (format papier ) et sur le réseau.</p>

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une procédure de gestion du traitement personnel du patient qui est connue des professionnels et appliquée.  L'établissement fournit l'intégralité du traitement du patient, personnel et en rapport avec l'affection ayant motivé l'admission.  Lors de chaque transfert, le patient est accompagné d'un courrier spécifiant le traitement.  Lors de la sortie définitive une ordonnance du traitement en cours est systématiquement imprimée et lui est remise. Elle est rédigée en dénomination commune internationale. Elle tient compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.</p>

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'ensemble des opérations allant de la prescription à la délivrance du médicament a été défini et validé.</p> <p>Chaque étape (Prescription, prise en compte en pharmacie, acheminement vers les unités de soins, conditions de stockage, préparation des traitements individuels, distribution, administration...) bénéficie de contrôles de qualité.</p> <p>Pour répondre aux besoins, en l'absence de la pharmacienne, une dotation d'étage a été mise en place en concertation avec les praticiens. Par ailleurs, une dotation d'urgence est disponible à chaque étage dans des chariots spécifiques, avec une organisation pour le contrôle de la complétude, des périmés. Une dotation en stupéfiants (besoins en dehors d'ouverture de la PUI) a également été constituée avec des protocoles associés,...</p> <p>L'analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée.</p> <p>L'acheminement vers les unités de soins est sécurisé comme le stockage des médicaments dans les unités de soins.</p> <p>La chaîne du froid est respectée pour les produits le nécessitant.</p> <p>Des informations et conseils aux utilisateurs sont en place et d'autres sont envisagées (liste des médicaments pouvant être écrasés ou ouverts par exemple).</p>

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration des médicaments sont définies, validées, actualisées et mises à disposition des professionnels concernés. La traçabilité de l'acte est assurée par le biais du logiciel informatique.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Le COMEDIMS a mené une réflexion sur les erreurs médicamenteuses, a mis en place une fiche de recueil de ces erreurs et procède à l'analyse de ce recueil. L'établissement s'est inscrit à un groupe de travail régional sur ce thème. Cependant, les professionnels ne participant pas au COMEDIMS n'ont pas reçu à ce jour de formation spécifique. Il n'y a pas de programme et de supports de formations spécifiques.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Le circuit du médicament est informatisé : les commandes et la délivrance des médicaments sont gérées par la pharmacienne qui récupère les prescriptions, ces prescriptions sont visualisées et validées, les interactions sont contrôlées. L'administration du médicament est également réalisée sous informatique.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte-tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » et de sa valeur de 97 % pour la campagne 2010.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Partiellement	L'analyse est réalisée informatiquement par la pharmacienne sur toutes les prescriptions. La délivrance nominative n'est effective que pour les médicaments stupéfiants. Pour le reste des médicaments, il s'agit en effet d'une délivrance globalisée pour l'ensemble des patients d'une unité.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Il existe des ateliers « diabète » dirigés par des professionnels de santé formés et destinés aux patients diabétiques en hospitalisation dans l'établissement.</p> <p>La cardiologue de l'établissement s'est engagée dans une démarche d'éducation thérapeutique auprès de ses patients.</p> <p>Une EPP est en cours traitant de la mise en place d'un support d'éducation et de suivi d'un patient sous AVK.</p> <p>Il n'y a pas de façon systématique d'annotation dans le dossier médical ou de soins infirmiers de l'information délivrée au patient.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'administration des médicaments délivrés est systématiquement validée sur le support informatique (Ordinateurs en salle de transmission des soins infirmiers).</p> <p>Cette validation n'a pas toujours lieu au moment de la distribution notamment pour les patients qui prennent leur repas en salle à manger .</p> <p>Pour les patients dits autonomes qui gèrent leurs prises médicamenteuses dans un but d'éducation thérapeutique, la validation des prises est quotidienne avec une validation des médicaments consommés au moment du changement de pilulier. Cela est différent pour les stupéfiants.</p> <p>Pour les autres patients, la validation des prises est assurée au retour de la distribution réalisée en salle à manger.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.	Oui	Une analyse détaillée des prescriptions des antibiotiques est réalisée annuellement et un suivi des consommations d'antibiotiques est régulièrement effectué et confronté à la résistance bactérienne. La consommation par classe des médicaments est détaillée. Les erreurs médicamenteuses sont régulièrement analysées et traitées en COMEDIMS.
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Un audit sur le circuit du médicament a eu lieu en 2007 sans qu'une périodicité soit définie à ce moment. Il a été renouvelé en 2010. Il vient d'être décidé en COMEDIMS d'effectuer cet audit tous les 2 ans.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	En COMEDIMS, le bon usage des médicaments, les choix à effectuer pour les dotations, les budgets engagés sont discutés en présence des prescripteurs et de la pharmacienne. Des actions en direction des personnels soignants sont aussi réalisées (utilisation des formes galéniques adaptées aux besoins du patient).

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un tableau de recueil est disponible dans la pharmacie des services de soins pour les erreurs évitées.</p> <p>Les erreurs médicamenteuses ayant entraîné un événement indésirable font l'objet d'une fiche spécifique saisie sur informatique dans le cadre de la déclaration des événements indésirables et elle est alors traitée dans le cadre du COVIRIS.</p>

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

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.

En grande partie

Le circuit du médicament a été informatisé et le système choisi a permis de le sécuriser en grande partie. Toutefois, la distribution n'est pas encore nominative et individuelle et la présentation unitaire n'est pas en place pour tous les médicaments.

Les actions d'amélioration ont été inscrites dans le plan d'amélioration qualité 2008-2011. Les médecins reçoivent en COMEDIMS les informations sur les actions d'amélioration mises en place ainsi que la responsable des soins infirmiers qui se charge de les transmettre aux équipes de soins lors de réunions de service.

Il existe aussi des réunions pharmaciennes - IDE référentes pharmacie ce qui permet aussi de transmettre l'information aux unités de soins.

## Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20b-SSR

#### Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une réflexion est menée dans l'établissement sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Des actions de sensibilisation et/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.	Non	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	Non	

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

### Critère 21a-SSR

#### Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les laboratoires de biologie médicale (y compris coopération et sous-traitance).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la prescription et au prélèvement, actualisés et validés, sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Partiellement	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	
<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.	Oui	

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

### Critère 21b

#### Démarche qualité en laboratoire

Ce critère n'est pas applicable si l'établissement sous traite l'activité "laboratoire" à un prestataire.

#### COTATION

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs développent un système de management de la qualité.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le guide de bonne exécution des analyses est mis en oeuvre.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les activités de biologie font l'objet d'une procédure d'évaluation externe de la qualité.	NA	
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activités, efficience, etc.) et qualitatifs (événements sentinelles, délais, non-conformités), est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

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

### Critère 22a-SSR

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

#### COTATION

**A**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	
<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.	Oui	

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

### Critère 22b

#### Démarche qualité en service d'imagerie

Ce critère n'est pas applicable si l'établissement sous traite l'activité "examen d'imagerie" à un prestataire.

#### COTATION

#### A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les activités d'imagerie font l'objet d'une procédure d'évaluation externe de la qualité.	Oui	
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais), non-conformités, est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 23a-SSR

#### Education thérapeutique du patient

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP) intégrée à sa prise en charge sont identifiées.	Oui	
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des activités d'éducation thérapeutique impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les représentants des patients sont mises en oeuvre.	Oui	
Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	Oui	
Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage par les professionnels au cours de la démarche éducative.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation de l'efficacité du dispositif d'ETP (patients, professionnels de santé) donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

## Référence 24 : La sortie du patient

### Critère 24a-SSR Sortie du patient



#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La sortie ou le transfert du patient est organisé en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient.	En grande partie	
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	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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 à son suivi sont remis au patient.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 57% avec un intervalle de confiance à 95% de [47% - 68%] pour la campagne 2010.
<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'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

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



### Critère 25a

#### 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 par les acteurs du territoire de santé.	NA	
Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.	NA	
Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).	NA	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	NA	
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	NA	
L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est en place.	NA	
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	NA	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers, et mises en oeuvre.	NA	

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



### Critère 26a

#### Organisation du bloc opératoire

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

#### COTATION

**NA**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des circuits spécifiques sont définis pour les différents modes de prise en charge (hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées).	NA	
Les locaux, l'équipement sont conformes et font l'objet d'une démarche qualité.	NA	
La charte de fonctionnement définie et validée par un conseil de bloc précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.	NA	

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médicotechnique, technique et logistique.	NA	
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Pour chaque intervention chirurgicale, la procédure de vérification de l'acte est mise en oeuvre par un membre identifié de l'équipe opératoire.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée.	NA	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

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

### Critère 26b-radiothérapie

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé autorisés à réaliser une activité de radiothérapie.*

#### COTATION

**NA**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 26b-médecine nucléaire

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé autorisés à réaliser une activité de médecine nucléaire.*

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 26b-salle de naissance

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par des activités interventionnelles.*

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 26b-techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par des activités interventionnelles.*

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 26b-électroconvulsivothérapie

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par des activités interventionnelles.*

#### COTATION

**NA**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 26b-endoscopie

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par des activités interventionnelles.*

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 26c

#### Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

#### COTATION

NA

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

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

### Critère 27a

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

#### COTATION

NA

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la continuité des soins est organisé entre secteurs de soins de suite et réadaptation, activité clinique, médicotechnique, technique et logistique.

NA

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

Le projet personnalisé de prise en charge qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation est élaboré avec le patient, son entourage et en concertation avec tous les professionnels concernés.

NA

<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.	NA	

## **PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28a

#### Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique ou médicotechnique organisent la mise en oeuvre des démarches EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	NA	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'engagement de tous les professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	En grande partie	
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique évaluent l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	En grande partie	

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28b

#### Pertinence des soins

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	Partiellement	Les enjeux liés à la pertinence des soins sont partiellement identifiés au sein de l'établissement. Une démarche EPP concernant la pertinence des hospitalisations en SSR a été initiée en 2006 et s'est pérennisée depuis. Il n'y a pas eu de réflexion globale sur ce sujet.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	
Des 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 médicotechnique assurent le suivi des actions d'amélioration et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.	En grande partie	Les actions en cours sont suivies mais elles sont peu nombreuses ce qui ne permet pas une véritable mesure d'impact.

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28c

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



### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	Partiellement	L'établissement suit les indicateurs QUALHAS et les différents autres indicateurs nationaux. Il n' a, par contre, pas produit de réflexion sur le développement d'indicateurs de pratique clinique propre à l'établissement : seul l'indicateur escarre est suivi.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	En grande partie	L'établissement recueille et analyse l'indicateur escarre. Il ne recueille pas d'autres indicateurs de pratique clinique.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.</p>	<p>Oui</p>	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.</p>	<p>Non</p>	<p>L'établissement suit les indicateurs réglementaires obligatoires qu'il ne peut remettre en cause. L'établissement ne possède pas à ce jour de liste d'indicateurs de pratique clinique propres à l'établissement qu'il réviserait à périodicité définie.</p>

## 6. BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRISE EN COMPTE	
Circuit du médicament	DRASS	24/03/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stérilisation des dispositifs médicaux	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinfection des dispositifs médicaux	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infrastructures	Service départemental d'incendie et de secours et commission d'accessibilité	19/07/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R.A.S.
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Sous commission départementale pour la sécurité contre les risques d'incendie dans les ERP	19/07/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité électrique	SOCOTEC	02 au 06 2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	D.S.V.	27/05/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage médical	N.C		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage technique	D.R.A.S.S.	08/12/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux chaudes sanitaires	D.R.A.S.S.	08/12/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	D.R.A.S.S.	08/12/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques radioactifs	N.C.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMAN-DATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRISE EN COMPTE	
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides	N.C.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits sanguins labiles	N.C.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité anesthésique	N.C.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secteur opératoire	N.C.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imagerie et exploration fonctionnelle	SOCOTEC	05/06/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiothérapie	N.C.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	D.R.A.S.S.	08/12/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'établissement a été désamianté sur 2009 et 2010 dans le cadre des travaux de réhabilitation.