



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

# **CENTRE HOSPITALIER D'AUBAGNE- EDMOND GARCIN**

179 AVENUE DES SOEURS GASTINE - 13677 - Aubagne

OCTOBRE 2011

MAJ - 11/2012

# SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. Les décisions par critères du manuel	11
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
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.Suvi de la décision	16
3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	17
4.SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	23
5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	27
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	28
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE	29
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	52
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	90
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	116
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	117
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	209
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	234
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	366
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	395
6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	402
7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE	404
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	405

# PREAMBULE

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

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

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

Les décisions, les rapports et/ou additifs 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.

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# CENTRE HOSPITALIER D'AUBAGNE- EDMOND GARCIN

**Adresse :** 179 AVENUE DES SOEURS GASTINE  
13677 Aubagne BOUCHES-DU-RHONE

**Statut :** Public

**Type d'établissement :** Centre Hospitalier

Nombre de sites.:	2
Activités principales.:	Service d'urgences, médecine interne, court séjour gériatrique, pneumologie, cardiologie, gastro-entérologie, pédiatrie, réanimation, gynécologie-obstétrique, chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique et traumatologique, ORL, urologie, unité d'hospitalisation de jour.
Activités de soins soumises à autorisation.:	Médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale, activités de soins de suite et réadaptation, activités de soins de longue durée, accueil et traitement des urgences, réanimation, traitement du cancer par chimiothérapie, hospitalisation à domicile.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	Le laboratoire du Centre Hospitalier est accrédité COFRAC pour l'activité « recherche et dénombrement des légionelles » depuis juin 2007.

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<p>Convention H.A.D. : Renforcer le dispositif auprès du patient en réduisant le territoire d'intervention en partenariat avec l'HAD Bouches-du-Rhône Est (01/2006)</p> <p>SIH Centre Hospitalier Aubagne - Allauch - La Ciotat : Hygiène et lutte contre les infections nosocomiales - Tabacologie - EMSP - Neurologie - Infectiologie - Coordination gériatrique - Développement des synergies médicales</p> <p>Convention Centre Hospitalier Aubagne (CHA) et Ets publics et privés de l'Est des Bouches-du-Rhône : Coordination de la prévention du risque infectieux (COCLIN) (depuis 10/2001)</p> <p>CHA / Réseau ONCOPACA et ONCOPED : Coordination de la prise en charge du patient cancéreux (fusion ONCOREP et R2C) et des enfants souffrant de pathologie cancéreuse</p> <p>Convention CHA / Ets de soins Est des Bouches-du-Rhône Centre de Coordination Cancéro (3c) : Coordination de l'évaluation de la qualité de prise en charge du patient cancéreux</p> <p>Réseau CHA / Ets et praticiens libéraux des Bouches-du-Rhône. Marseille - Diabète : Coordination de la prise en charge du diabète de type 2 (11/2006)</p>
--	---



## Réorganisation de l'offre de soins

	<p>Réseau CHA/ Ets région PERINAT SUD : Coordination de la prise en charge des nouveau-nés (05/2003)  Réseau CHA / Ets région Réseau Douleur PACA Ouest : Coordination de la prise en charge de la douleur  Convention CHA / Radiologues libéraux : Co-exploitation du scanner (10/2002)  CHA / Ets et praticiens de la région / réseau NAITRE ET DEVENIR : Suivi des enfants prématurés  Convention CHA / Centre Hospitalier Valvert : Mise à disposition d'une équipe médicale et paramédicale pour l'activité de liaison et pour les urgences psychiatriques (04/1997) - Mise à disposition des moyens de personnel de pédopsychiatrie pour l'unité d'adolescents (01/2009) - Organisation commune d'une consultation mémoire pluridisciplinaire (11/2004).  Convention EHPAD environnants : Favoriser la collaboration avec l'hôpital pour la mise à disposition du plateau technique, le recours aux lits d'aval et l'organisation d'actions communes (infections nosocomiales, prévention des escarres, lutte contre la douleur)  Convention Etablissements d'hébergement personnes handicapées : Collaboration SSIAD prise en charge patients handicapés  Convention CHA/ Clinique la Casamance : Sous-traitance de la reconstitution des chimiothérapies cancéreuses (01/2010).</p> <p>Coopérations prévues : En cours de mise au point - 2011  Coopérations médicales avec l'AP-HM : chirurgie urologique, chirurgie pédiatrique, chirurgie viscérale, néphrologie</p>
Regroupement/Fusion.:	
Arrêt et fermeture d'activité.:	
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	<p>* Prévision d'un GCS avec l'hôpital de La Ciotat pour la biologie médicale.  * Création d'un service d'IRM.</p>

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

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport issus de la visite sur site, du bilan des sécurités sanitaires et de la participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec recommandation(s).

## 1. Les décisions par critères du manuel

### RECOMMANDATION(S)

14.a Hospitalisation à domicile (Gestion du dossier du patient) .

19.b Hospitalisation à domicile (Troubles de l'état nutritionnel) .

20.a Court Séjour (Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a Hospitalisation à domicile (Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient) .

## 2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport en partie 7. Elles n'ont pas été validées par l'Agence Régionale de Santé.L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS à la Haute Autorité de Santé.

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

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

L'établissement a participé au recueil optionnel de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres ».

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

La visite de certification s'est déroulée du 24/05/2011 au 27/05/2011.

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

##### **MANAGEMENT STRATÉGIQUE**

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

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

3.a, 3.b, 4.b, 6.a, 6.c, 7.b, 7.c, 7.e

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

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

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

10.a Hospitalisation à domicile, 10.c Soins de longue durée, 10.c Soins de suite et/ou de réadaptation, 10.d Soins de suite et/ou de réadaptation, 10.e Court Séjour, 11.b Hospitalisation à domicile, 12.a Hospitalisation à domicile, 12.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 12.a Court Séjour, 12.a Soins de longue durée, 13.a Court Séjour, 13.a Hospitalisation à domicile, 13.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 13.a Soins de longue durée

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

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

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

18.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.b Soins de longue durée, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.b Court Séjour, 19.b Hospitalisation à domicile, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a Court Séjour, 20.a Hospitalisation à domicile, 20.a Soins de longue durée, 20.b Hospitalisation à domicile, 21.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 21.a Hospitalisation à domicile, 22.a Soins de longue durée, 23.a Court Séjour, 24.a Hospitalisation à domicile, 24.a Court Séjour, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 24.a Soins de longue durée

##### **PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES**

25.a, 26.a

## **EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

28.a, 28.b, 28.c

## 5.Suvi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité et à améliorer son organisation et ses pratiques. Il a du remettre dans un délai de 12 mois un (des) plan(s) d'action avec échéancier pour les recommandations émises ou non levées suite à sa première modalité de suivi (visite de suivi).



## 3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

### Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

### Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

- Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (1.f)
- Fonction gestion des risques (8.b)
- Gestion des évènements indésirables (8.f)
- Maîtrise du risque infectieux (8.g)
- Système de gestion des plaintes et des réclamations (9.a)
- Prise en charge de la douleur (12.a)
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13.a)
- Gestion du dossier du patient (14.a)
- Accès du patient à son dossier (14.b)
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15.a)
- Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25.a)
- Organisation du bloc opératoire (26.a)

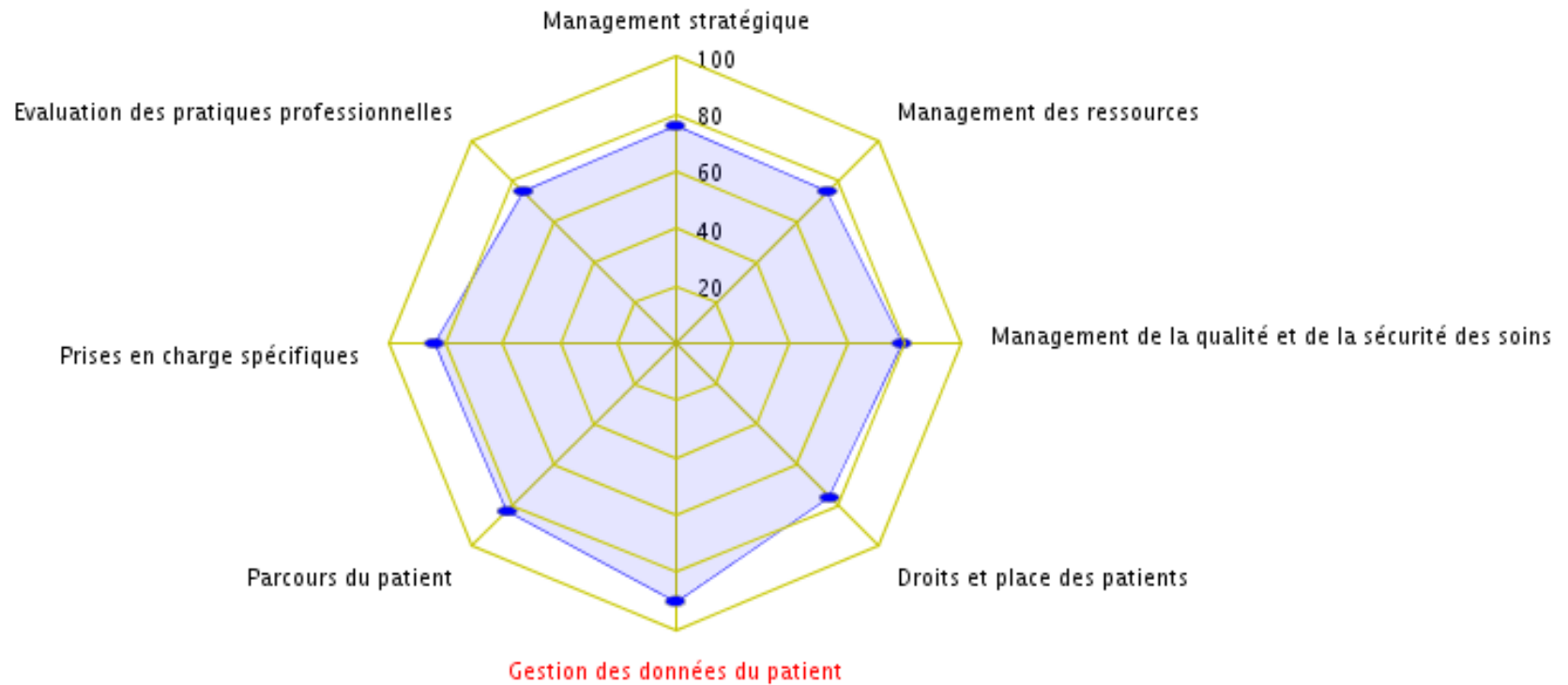
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

### Critères sélectionnés par les représentants des usagers

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

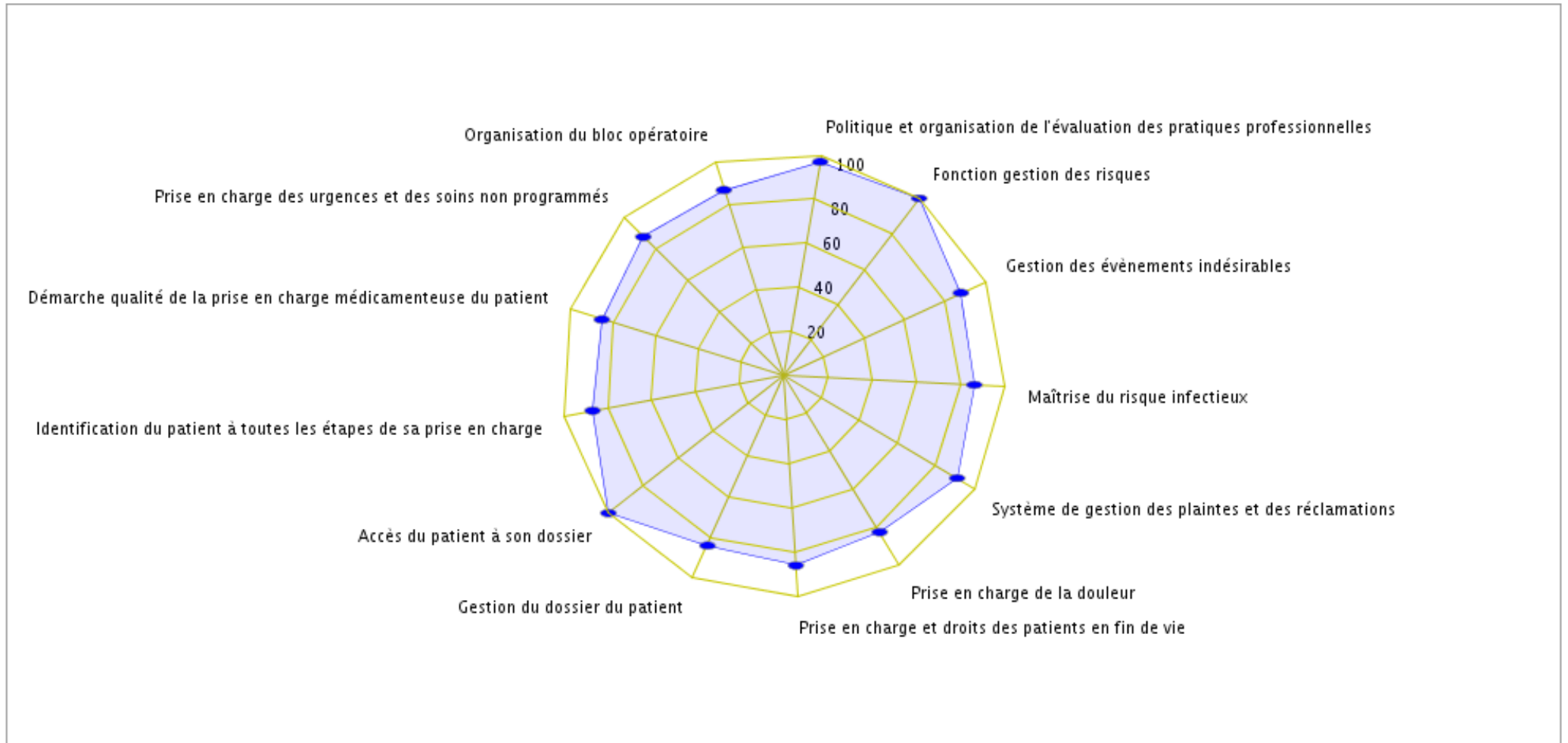
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

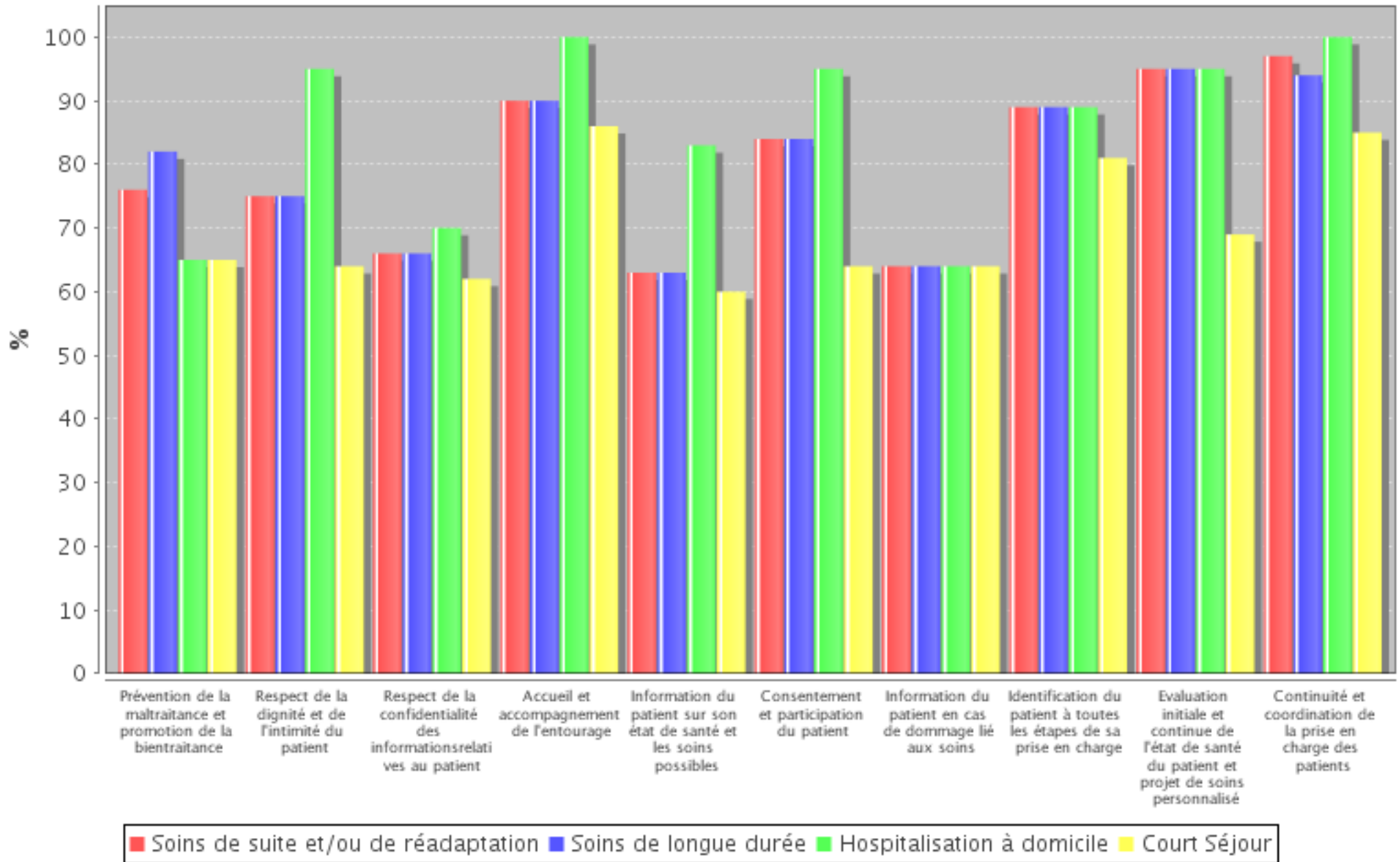


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



### 3. Regard patient



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

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
Mettre en place un système d'assurance qualité au niveau du traitement et du circuit du linge (11b)	Type 1	En cours	L'ensemble du linge hospitalier est traité depuis janvier 2009 par un nouveau prestataire situé à 200 kms d'Aubagne. Cet éloignement entraîne assez fréquemment des dysfonctionnements au niveau des délais de livraison. Ces dysfonctionnements entraînant en chaîne d'autres dysfonctionnements au sein de l'établissement. Le CH attend la fin du contrat prévue fin 2012 avec ce prestataire pour lancer un nouvel appel d'offres. En interne, une nouvelle cadre est en place depuis février 2010 chargée de l'encadrement de la lingerie et de l'équipe logistique (chargée du tri et de l'élimination des déchets). Ce cadre prend en compte en temps réel les dysfonctionnements constatés, et contribue à leur résolution dans des délais très courts. Les protocoles relatifs au tri et ramassage du linge sont formalisés au moment de la visite.
L'élimination des déchets, notamment d'activités de soins, est organisée (18d)	Type 1	Oui	L'élimination des déchets est organisée et formalisée. Le tri est effectif sur les 2 sites. La démarche sur le site de la Maison du Parc a été mise en oeuvre en octobre 2009 après réaménagement de l'aire extérieure de parcage des conteneurs DAOM. En interne, une nouvelle cadre est en place depuis février 2010, chargée de l'encadrement de la lingerie et de l'équipe logistique (chargée du tri et de l'élimination des déchets). Ce cadre prend en compte en temps réel les dysfonctionnements constatés, et contribue à leur résolution dans des délais très courts. Un audit du tri des déchets est prévu pour le troisième trimestre 2011. L'achat de nouveaux contenants pour les locaux de stockage intermédiaires est réalisé au moment de la visite. Un suivi des quantités éliminées est diffusé aux services via le Bulletin Eco'Attitudes.
Compléter l'identification des	Type 1	Oui	Les besoins des patients en MCO comme en USLD sont



Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
besoins et attentes du patient en MCO et USLD (27a)			identifiés par l'équipe soignante. Pour le MCO, certains éléments sur les besoins et attentes du patient sont inscrits dans la macrocible admission, et les autres informations utiles à la prise en charge sont saisies dans les transmissions ciblées. Une évaluation annuelle sur la prise en compte des besoins et attentes du patient est réalisée par audits des dossiers de soins. Pour l'USLD, les besoins et attentes du patient sont recueillis dans le projet de vie établi systématiquement pour chaque patient, et font partie intégrante du dossier patient. Ces éléments sont également consignés dans la fiche d'évaluation gériatologique de l'équipe mobile de gériatrie.
Mettre en oeuvre un projet de vie individualisé dans le cadre d'une prise en charge globale adaptée aux souhaits du résident (30g)	Type 1	Oui	Depuis décembre 2007, le personnel de la Maison du Parc suit la formation « Humanitude » pour accompagner la mise en oeuvre d'un projet de vie individualisé pour les patients en USLD. Un projet de vie est élaboré avec les neuropsychologues pour chaque patient. Ce projet de vie est visé par les médecins, puis présenté à l'équipe soignante pour la formulation d'objectifs. La famille est tenue au courant de ce projet.
Généraliser la traçabilité de l'information donnée au patient et/ou à son entourage (34d)	Type 1	En cours	L'évaluation du dossier médical dans le cadre du recueil des indicateurs IPAQSS, réalisée fin 2008, pilotée par le médecin DIM, a aussi ciblé l'identification de la personne de confiance, la traçabilité du consentement éclairé dans le cas d'interventions chirurgicales, et la trace d'une information, sur son état de santé et les soins proposés, donnée au patient et/ou à son entourage. Les résultats ont été peu satisfaisants. Une information sur la réflexion bénéfiques/risques, le recueil du consentement obligatoire et éclairé, a été réalisée à la CME du 12 avril 2011 par le médecin DIM.

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
Mettre en place un système global d'évaluation de la qualité et de la gestion des risques (50a,b)	Type 1	Oui	Le comité de coordination des vigilances, gestion des risques et de la qualité (COVIRISQ) est le comité qui centralise les informations relatives à la gestion des risques et de la qualité. Chaque année, un plan d'actions est défini et suivi. Le choix d'indicateurs à suivre en continu depuis 2008 et l'initiation de la cartographie des risques contribuent à la mise en place de ce système global. Un programme de gestion globale et coordonnée des risques a été initié en janvier 2010. Un manuel relatif à la gestion des risques au sein de l'établissement a été formalisé et diffusé. Un tableau de bord des sécurités sanitaires est en place depuis janvier 2010. Depuis 2011, des indicateurs de pratiques cliniques sont suivis par la sous-commission EPP, et présentés en COVIRISQ.

## 5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

En grande partie

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

L'établissement met en place des partenariats en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	Partiellement	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	Oui	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	Oui	

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.b Engagement dans le développement durable

**Cotation**

**B**

#### **E1 Prévoir**

#### **Réponses aux EA**

#### **Constats**

Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.

En grande partie

Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.

En grande partie

#### **E2 Mettre en oeuvre**

#### **Réponses aux EA**

#### **Constats**

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

En grande partie

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

En grande partie



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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.c Démarche éthique

**Cotation**

**B**

#### **E1 Prévoir**

#### **Réponses aux EA**

#### **Constats**

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

En grande partie

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

Partiellement

#### **E2 Mettre en oeuvre**

#### **Réponses aux EA**

#### **Constats**

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.

En grande partie

<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 1.d Politique des droits des patients

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Des formations aux droits des patients destinées aux professionnels sont organisées.

Oui

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Non

#### 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.

En grande partie

Des objectifs et des indicateurs, validés par la direction, sont déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité.

En grande partie

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La stratégie de développement de l'EPP est formalisée et intégrée dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cette stratégie est inscrite dans le projet d'établissement 2011-2015, dans le projet de soins, et dans la sous-commission EPP de la CME. Les objectifs sont déclinés en plans d'actions.

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

Oui

La sous-commission EPP de la CME est en place depuis 2008. Cette commission collabore régulièrement avec la CME, la COVIRISQ et la CSIRMT.

Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.

En grande partie

Le développement des EPP est effectif dans la majorité des secteurs d'activité cliniques ou médico-techniques de l'établissement ; elle est peu déployée dans le secteur chirurgical. Au sein de ces secteurs, les missions et responsabilités des différents intervenants sont définies.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**



Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	L'ingénieur qualité de l'établissement, responsable qualité et gestion des risques, a assuré un soutien méthodologique pour la mise en oeuvre, la réalisation et le suivi des EPP. Par ailleurs, l'ensemble des cadres de santé a suivi une formation « Evaluation », et un médecin expert extérieur a assisté ponctuellement à certaines réunions de la sous-commission EPP.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP.	Oui	Un état d'avancement des EPP est réalisé lors des réunions de la commission EPP. L'état d'avancement des EPP est aussi présenté à la CME, au COVIRISQ (bilan annuel) et à la CSIRMT.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement des EPP via le rapport d'activité du COVIRISQ présenté en conseil de surveillance et en CME. Les résultats des EPP menées par les soignants sont également présentés en CSIRMT. Les informations relatives aux EPP sont accessibles sur l'intranet de l'établissement.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Les démarches d'EPP sont présentées en commission EPP, en CME, en COVIRISQ et en CSIRMT.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus.	Oui	La stratégie de déploiement des EPP est révisée périodiquement en sous-commission EPP et en CSIRMT en fonction des résultats obtenus.

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
<b>Critère 1.g</b> <b>Développement d'une culture qualité et sécurité</b>		
<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en oeuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	En grande partie	
Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forum, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

Les circuits de décision et de délégation sont définis.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

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

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

### Critère 2.b Implication des usagers, de leurs représentants et des associations

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

La représentation des usagers au sein de l'établissement est organisée.

Oui

Une politique de coopération avec les acteurs associatifs est définie.

En grande partie

Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé.

Partiellement

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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.

Partiellement

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

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

### Critère 2.c Fonctionnement des instances

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

Réponses aux EA

Constats

Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leur compétence.

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

**E3 Evaluer et améliorer**

Réponses aux EA

Constats



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

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

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

La concertation avec les partenaires sociaux est organisée.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des actions favorisant l'implication et l'expression des personnels sont mises en oeuvre au sein des secteurs d'activité.

En grande partie

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

Le dialogue social est évalué à périodicité définie.

Partiellement

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

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



### Cotation

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.

En grande partie

L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.

En grande partie

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.

Oui

Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés.

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	Oui	
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaison externe et interne).	Oui	

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

#### Critère 3.a Management des emplois et des compétences

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

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

En grande partie

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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.	Partiellement	

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement



## Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

*Le CHSCT est obligatoire dans tous les établissements publics et privés d'au moins 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.

En grande partie

Le Document unique est établi.

Oui

Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.

Partiellement

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des actions de prévention des risques sont mises en oeuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.

Oui

Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en œuvre.	Oui	
<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.	Partiellement	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.

En grande partie

Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.

Non

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en oeuvre.

Oui

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont évaluées.	En grande partie	
La satisfaction des personnels est évaluée.	Partiellement	

## Référence 4: La gestion des ressources financières

### Critère 4.a Gestion budgétaire

**Cotation**

**B**

**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.

En grande partie

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.

En grande partie

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les objectifs prévisionnels de dépenses et de recettes sont suivis infra-annuellement et donnent lieu si nécessaire à des décisions de réajustement.	Oui	
--	-----	--

## Référence 4: La gestion des ressources financières

### Critère 4.b Amélioration de l'efficience

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les résultats des études et/ou des audits donnent lieu à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.

En grande partie

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.a Système d'information

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

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

En grande partie

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**



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

## Référence 5: Le système d'information

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

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.

Oui

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.c Gestion documentaire

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

En grande partie

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Le dispositif est connu par les professionnels.

En grande partie

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.

En grande partie

Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

Partiellement

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

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

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.

Oui

Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les situations identifiées font l'objet de dispositifs adaptés de sécurité (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).

En grande partie

#### E3 Evaluer et améliorer

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

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

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

## Cotation

B

### 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.

En grande partie

### 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.

Partiellement

Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel.

Oui

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



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

**Critère 6.c**  
**Qualité de la restauration**

**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les préférences des patients sont prises en compte.

Oui

Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La satisfaction des consommateurs concernant la prestation restauration est évaluée et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

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

### Critère 6.d Gestion du linge

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Le circuit du linge est défini.

En grande partie

Les besoins par secteur sont quantifiés et incluent les demandes en urgence.

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.

En grande partie

Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.

Partiellement

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

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

### Critère 6.e Fonction transport des patients

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

La fonction transport des patients est organisée.

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.	Partiellement	
--	---------------	--

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

### Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur 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 éco-responsable.

Partiellement

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.

Oui

L'établissement initie une démarche d'achat éco-responsable pour certains produits et/ou services.

Partiellement

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



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

### Critère 7.a Gestion de l'eau

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie et validée par l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).

En grande partie

La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.

Partiellement

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Un plan de maintenance préventif et curatif des installations élaboré avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) est mis en oeuvre.

En grande partie

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

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

### Critère 7.b Gestion de l'air

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Une politique est définie en vue d'assurer la maîtrise du risque infectieux dans les zones à environnement maîtrisé.

Oui

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

Non

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air en concertation avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) et le CHSCT sont mis en oeuvre.

Oui

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

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

### Critère 7.c Gestion de l'énergie

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Un diagnostic énergétique est réalisé.

En grande partie

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

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Un plan de maintenance des installations est mis en œuvre.

En grande partie

Un programme d'actions hiérarchisé de maîtrise de l'énergie est mis en œuvre.

En grande partie

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

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

### Critère 7.d Hygiène des locaux

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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.

Non

Les responsabilités sont identifiées et les missions sont définies.

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.

Oui

Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	



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

### Critère 7.e Gestion des déchets

**Cotation**

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Oui	

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

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

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

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents.

Partiellement

Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.

Non

Le programme est soumis aux instances.

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	
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.	En grande partie	

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

Critère 8.b  
Fonction gestion des risques



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une fonction « Gestion des risques » est définie dans l'établissement.

Oui

La fonction gestion des risques est définie et identifiée sur l'organigramme de la direction. L'ingénieure qualité est reconnue comme gestionnaire de risques ; elle représente 0.8 ETP. Elle partage à égalité son temps entre la qualité et la gestion des risques. Sa fiche de fonction décrit ses missions et ses responsabilités ainsi que ses liaisons hiérarchiques et fonctionnelles.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour des objectifs du programme de gestion des risques.

Oui

La gestionnaire des risques travaille en lien étroit avec les vigilants de l'établissement qui sont tous nommés et opérationnels. Les personnes compétentes dans les différents domaines de risques participent au COVIRISQ (COmité de coordination des Vlgilances sanitaires, gestion des RISques et de la Qualité), et sont formées à la gestion des risques. Il existe un programme global annuel de gestion des risques dans lequel les objectifs sont listés, et les personnes ressources qualifiées identifiées.

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

<p>Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le précédent projet d'établissement (2005-2009) évaluait les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques. Le nouveau projet d'établissement (2011-2015) validé par les instances début 2011 comporte un chapitre consacré à la gestion des risques qui prévoit l'évaluation régulière de cette fonction.</p>
--	------------	--

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

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

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.

En grande partie

La direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser suite aux contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.

Partiellement

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**



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

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

### Critère 8.d Evaluations des risques a priori

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.

En grande partie

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risques sont mises en place.

En grande partie

Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.

En grande partie

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

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

**Critère 8.e**  
**Gestion de crise**

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les situations de crise sont identifiées.

En grande partie

Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.

En grande partie

Les plans d'urgence sont établis.

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Une cellule de crise est opérationnelle.

Oui

Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnelles.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'appropriation des procédures est évaluée 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.	Partiellement	

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

Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a rédigé une procédure de signalement des événements indésirables (EI) qui définit le circuit de la fiche de signalement des événements indésirables, ses modalités de traitement et d'analyse. Les notions de gravité et de fréquence, décrites dans la procédure de signalement des EI, sont évaluées par l'ingénieur qualité dans le cadre du traitement de la fiche de signalement. L'établissement a mis en place des fiches de signalement papier (fiche de signalement des événements indésirables, fiche de signalement des événements indésirables spécifiques au bloc opératoire). Les différents systèmes de recueil d'événements indésirables sont coordonnés par le responsable qualité.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Les nouveaux arrivants sont formés à l'utilisation de la fiche de signalement lors des journées d'intégration des nouveaux arrivants. La procédure de signalement des EI, disponible sur le site intranet de l'établissement, décrit les modalités d'utilisation et de renseignement de la fiche de signalement,

	En grande partie	mais il n'existe pas de programme de formation pour l'ensemble des professionnels.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Le responsable qualité de l'établissement et la RAQ de la pharmacie ont été formés au processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. Il existe un programme et un support de formation élaborés par un prestataire externe. Les membres de la cellule d'analyse des événements indésirables du bloc (CASEIBO), ceux de la RMM et ceux de la REMED ont été formés aux outils d'analyse par le responsable qualité de l'établissement.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.	Oui	Le système de hiérarchisation des EI permet de repérer les événements indésirables graves. L'analyse des causes profondes de ces événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés. La fiche de signalement et de traitement des événements indésirables en précise les circuits. Les événements indésirables graves traités dans le cadre des RMM ou des REMED sont analysés en associant les acteurs concernés.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.	Oui	Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses. Une fiche de suivi des événements indésirables retrace l'analyse détaillée des circonstances de l'événement et les mesures prises ou prévues. Les actions correctives sont tracées dans un tableur réalisé par la responsable qualité. Une synthèse annuelle est présentée en COVIRISQ.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	En grande partie	L'analyse des événements indésirables permet d'identifier les événements indésirables récurrents (cf. analyse de la fréquence) et les causes profondes des EI. Des audits sont parfois réalisés pour déterminer les causes profondes des événements indésirables récurrents (ex. : audit réalisé par le référent hygiène, audit sur les consultations externes, audit du standard).

L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	En grande partie	La mesure de l'efficacité des actions correctives est réalisée en COVIRISQ, mais il n'existe pas de traçabilité, de suivi d'indicateur.
--	------------------	---



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

**Critère 8.g**  
**Maîtrise du risque infectieux**



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

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

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

Critère 8.h  
Bon usage des antibiotiques



**Cotation**

B

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

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

**Constats**

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

B

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.

En grande partie

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

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

**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée.

Oui

Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.

Oui

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

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

**Critère 8.j  
Maîtrise du risque transfusionnel**

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

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

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

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

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

**Cotation**

A

**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.

Oui

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

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre sous la responsabilité d'un professionnel identifié.

Oui

La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée et les actions sont tracées.

Oui

Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.	Oui	
<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.	En grande partie	



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

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

L'établissement a défini une organisation pour la gestion des plaintes et réclamations dans une procédure. Le directeur des affaires générales, juridiques et communication est identifié comme responsable chargé des relations avec les usagers. Un registre informatique des réclamations et des plaintes est centralisé au secrétariat de direction. La composition et le fonctionnement de la CRU sont conformes à la réglementation en vigueur. Un dispositif d'information des usagers est mis en place par le biais du livret d'accueil du patient, des affiches disposées dans les services d'information des usagers sur la commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge (CRU). Ce dispositif décrit notamment les modalités pour formuler une plainte ou une réclamation, les personnes à contacter, les missions de la CRU et le dispositif de médiation.

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

En grande partie

Le rapport annuel d'activité du COVIRISQ fait état du bilan des plaintes et des réclamations présenté en CRU dans un chapitre sur le suivi des événements indésirables. Les liens entre les différents acteurs existent (chargé des relations avec les usagers, fonction gestion des risques) mais ne sont

	En grande partie	pas formalisés.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	L'établissement met en oeuvre sa procédure interne de gestion des plaintes et réclamations. L'envoi d'une copie de la plainte ou la réclamation au service concerné est immédiatement effectué en vue d'un recueil des éléments de réponse sous 20 jours. Les professionnels concernés sont associés à la mise en oeuvre des actions correctives si nécessaire.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	Le patient est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre. Un courrier de réponse est systématiquement envoyé au plaignant avec une copie au service concerné pour les réclamations et plaintes écrites. Un accusé de réception est fait sous 8 jours. Une réponse définitive est donnée dans les 2 mois.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	En grande partie	L'intégralité des plaintes et des réclamations est mise à disposition des membres de la CRU à l'exception des réclamations orales qui sont traitées au niveau de la direction. Une analyse qualitative et quantitative est réalisée en lien avec la CRU au cours de chacune des réunions. Le bilan des plaintes et réclamations est intégré dans le rapport annuel de la CRU. L'analyse des plaintes et des réclamations réalisée dans le cadre de la CRU donne lieu à des recommandations (ex. : actions d'amélioration en cours sur la prestation linge). Une synthèse des plaintes et réclamations est intégrée dans le rapport annuel de la COVIRISQ, mais les recommandations n'y sont pas intégrées.

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

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.

Partiellement

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.

En grande partie

Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.

En grande partie

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

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

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

# PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

**Référence 10: La bientraitance et les droits****Critère 10.a - Court Séjour**  
**Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance****Cotation**

B

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

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

En grande partie

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

Partiellement

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

Oui

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

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

Oui

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



## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.a - Soins de suite et/ou de réadaptation Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Partiellement

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

En grande partie

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Partiellement

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

En grande partie

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

**Référence 10: La bientraitance et les droits****Critère 10.a - Hospitalisation à domicile  
Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance****Cotation**

B

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

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

Oui

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

Partiellement

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

En grande partie

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

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

Oui

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

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

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

En grande partie

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

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

En grande partie

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

En grande partie

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

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



Référence 10: La bientraitance et les droits		
<p><b>Critère 10.b - Soins de suite et/ou de réadaptation</b>  <b>Respect de la dignité et de l'intimité du patient</b></p>		
<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent les dimensions de respect de la dignité et de l'intimité du patient.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les soins, y compris d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

<b>Référence 10: La bientraitance et les droits</b>		
<b>Critère 10.b - Soins de longue durée</b> <b>Respect de la dignité et de l'intimité du patient</b>		
<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent les dimensions de respect de la dignité et de l'intimité du patient.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les soins, y compris d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

**Référence 10: La bientraitance et les droits****Critère 10.b - Hospitalisation à domicile  
Respect de la dignité et de l'intimité du patient****Cotation**

A

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

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

En grande partie

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

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

Oui

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

Oui

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

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

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

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

En grande partie

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

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

En grande partie

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

En grande partie

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

En grande partie

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



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

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

En grande partie

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

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

En grande partie

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

En grande partie

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

En grande partie

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

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

En grande partie

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

En grande partie

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.c - Hospitalisation à domicile Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

En grande partie

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

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

En grande partie

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

**Référence 10: La bientraitance et les droits****Critère 10.d - Court Séjour  
Accueil et accompagnement de l'entourage****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

En grande partie

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

Oui

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

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

Oui

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

Oui

<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.	Partiellement	



**Référence 10: La bientraitance et les droits****Critère 10.d - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Accueil et accompagnement de l'entourage****Cotation**

A

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

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

En grande partie

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

NA

Ce SSR n'accueille pas d'enfants.

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

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

Oui

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

Oui

<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.	En grande partie	

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

A

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

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

En grande partie

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

NA

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

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

Oui

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

Oui

<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.	En grande partie	

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

A

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

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

NA

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

NA

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

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

Oui

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

Oui

<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 bientraitance et les droits		
<p><b>Critère 10.e - Court Séjour</b>  <b>Gestion des mesures de restriction de liberté</b></p>		
<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les projets médicaux et/ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier la liberté d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrant la réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient.	En grande partie	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	En grande partie	
<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.).	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	



Référence 10: La bientraitance et les droits		
Critère 10.e - Soins de suite et/ou de réadaptation Gestion des mesures de restriction de liberté		
<b>Cotation</b>	B	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les projets médicaux et/ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier la liberté d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrant la réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient.	Oui	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits		
<p><b>Critère 10.e - Soins de longue durée</b>  <b>Gestion des mesures de restriction de liberté</b></p>		
<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les projets médicaux et/ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier la liberté d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrant la réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient.	Oui	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 10: La bientraitance et les droits		
<p><b>Critère 10.e - Hospitalisation à domicile</b>  <b>Gestion des mesures de restriction de liberté</b></p>		
<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les projets médicaux et/ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier la liberté d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les 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	
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.).	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

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

### Critère 11.a - Court Séjour

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

En grande partie

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

Partiellement

### 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.).

En grande partie

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction du patient quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	



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

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

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la satisfaction du patient quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

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

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

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

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la satisfaction du patient quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

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

### Critère 11.a - Hospitalisation à domicile

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la satisfaction du patient quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

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

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

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

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.

En grande partie

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

En grande partie

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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



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

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

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

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

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

Oui

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

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

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

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

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

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

**Critère 11.b - Hospitalisation à domicile  
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 soins.

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

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

Oui

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.

En grande partie

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins sont menées.

En grande partie

Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.

En grande partie

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

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

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

**Critère 11.c - Hospitalisation à domicile**  
**Information du patient en cas de dommage lié aux soins**

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

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

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

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La lutte contre la douleur est un des axes stratégiques du projet médical 2011-2015 et du projet de soins du centre hospitalier. Un contrat d'engagement douleur est affiché sur le site internet de l'hôpital. La lutte contre la douleur est abordée dans le livret d'accueil. La politique de lutte contre la douleur est coordonnée par le CLUD pour l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement. Le CLUD se réunit 3 fois par an.

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.

Oui

Des protocoles analgésiques tenant compte des recommandations de bonnes pratiques sont élaborés et validés par le CLUD. Le classeur douleur présent dans les services depuis 2005 a été remplacé par la diffusion et la mise à disposition des différents secteurs de l'hôpital des documents sur intranet (CID : Centre d'Information et de Documentation de l'établissement). Citons par exemple : « Soins douloureux, le bon usage des médicaments au bon moment » ou « Prescription - Titration d'une analgésie autocontrôlée par le patient : PCA Morphine ». Les protocoles tiennent compte du type de patients comme celui établi en juin 2010 « Douleur et inconfort du nouveau né ».

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Une formation institutionnelle « Evaluation et prise en charge de la douleur à l'hôpital d'Aubagne » est programmée 4 fois par an pour les personnels paramédicaux. Un DU Douleur est financé chaque année par l'établissement. Des formations ciblées sont données à la demande des services. La participation du centre hospitalier au réseau douleur PACA Ouest oblige l'établissement à respecter les objectifs de formation du réseau qui prévoient un plan de formation étalé sur 5 ans avec, à terme, en nombre de soignants formés, 30 % du personnel soignant de jour, 100 % du personnel de nuit, tous les cadres de chaque service ou unité de soins, et 3 jours de formation par soignant.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Les secteurs d'activité ont élaboré des posters sur la prise en charge de la douleur qu'ils affichent à l'attention des patients. Des guides ont été rédigés comme le « Guide patiente : analgésie péridurale en obstétrique », le « Guide patient : la douleur », le « Guide patient : la douleur postopératoire », le « Guide patient : pompe PCA/ACP » et une fiche d'information aux patients adultes sous traitement morphinique. Le livret d'accueil contient un chapitre consacré à la douleur. Il n'existe cependant pas d'éducation thérapeutique formalisée dans l'établissement dans la mesure où la douleur chronique ou neuropathique n'est pas une prise en charge fréquente.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Prise en charge de la douleur » et de sa valeur de 26 % avec un intervalle de confiance à 95 % de [17 % - 36 %] pour la campagne 2010.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	La douleur est évaluée dans le dossier de soins pour tous les secteurs, et suivie tout au long de la prise en charge du patient afin de s'assurer de l'efficacité des actions d'analgésie et du soulagement du patient. Néanmoins, les modifications de traitement sont partiellement tracées dans le dossier patient.



Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont mis à la disposition des professionnels comme les échelles DOLOPLUS ou ALGOPLUS chez les personnes âgées présentant des troubles de communication, ou en pédiatrie les échelles NFCS chez le nourrisson de 1 à 12 mois, etc. Chacun de ces moyens d'évaluation bénéficie d'une fiche technique d'utilisation mise à disposition dans le dossier de soins.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Partiellement	Il existe un référent douleur par pôle qui s'assure de la bonne utilisation des outils par les professionnels. Ils sont aidés par le contrôle continu des cadres de santé au niveau de chaque service sur l'évaluation de la douleur dans les dossiers de soins. Cependant, ces contrôles ne sont pas formalisés.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Prise en charge de la douleur » ; des enquêtes spécifiques comme l'enquête de satisfaction de la prise en charge de la douleur en chirurgie en 2009, et l'enquête sur la douleur provoquée par les soins en 2009 sont réalisées.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les résultats des indicateurs IPAQSS et le constat de l'insuffisance du tracé de l'évaluation de la douleur ont conduit le CLUD à revoir les supports de saisie dont le diagramme de soins pour améliorer la cible douleur. De nouveaux outils d'évaluation ont été mis en place comme l'ALGOPLUS, plus simple d'utilisation que le DOLOPLUS. Les feuilles de SSPI ont été revues pour tracer l'évaluation de la douleur. De nouveaux protocoles spécifiques de prise en charge de la douleur ont été rédigés, comme par exemple le protocole de prescription analgésie postopératoire par cathéter périmerveux.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement participe au réseau douleur PACA Ouest, et partage ses expériences avec les autres partenaires du réseau. 4 réunions par an sont organisées, et l'établissement a obligation d'assister à 3 d'entre elles.

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

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La lutte contre la douleur est un des axes stratégiques du projet médical 2011-2015 et du projet de soins du centre hospitalier. Un contrat d'engagement douleur est affiché sur le site internet de l'hôpital. La lutte contre la douleur est abordée dans le livret d'accueil. La politique de lutte contre la douleur est coordonnée par le CLUD pour l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement. Le CLUD se réunit 3 fois par an.

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.

Oui

Des protocoles analgésiques tenant compte des recommandations de bonnes pratiques sont élaborés et validés par le CLUD. Le classeur douleur présent dans les services depuis 2005 a été remplacé par la diffusion et la mise à disposition des différents secteurs de l'hôpital des documents sur intranet (CID : Centre d'Information et de Documentation de l'établissement). Citons par exemple : « Soins douloureux, le bon usage des médicaments au bon moment » ou « Prescription - Titration d'une analgésie autocontrôlée par le patient : PCA Morphine ».

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Une formation institutionnelle « Evaluation et prise en charge de la douleur à l'hôpital d'Aubagne » est programmée 4 fois par an pour les personnels paramédicaux. Un DU Douleur est financé chaque année par l'établissement. Des formations ciblées sont données à la demande des services. La participation du centre hospitalier au réseau douleur PACA Ouest oblige l'établissement à respecter les objectifs de formation du réseau qui prévoient un plan de formation étalé sur 5 ans avec, à terme, en nombre de soignants formés, 30 % du personnel soignant de jour, 100 % du personnel de nuit, tous les cadres de chaque service ou unité de soins, et 3 jours de formation par soignant.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Les secteurs d'activité ont élaboré des posters sur la prise en charge de la douleur qu'ils affichent à l'attention des patients. Des guides ont été rédigés comme le « Guide patient : la douleur », le « Guide patient : pompe PCA/ACP » et une fiche d'information aux patients adultes sous traitement morphinique. Le livret d'accueil contient un chapitre consacré à la douleur. Il n'existe cependant pas d'éducation thérapeutique formalisée dans l'établissement dans la mesure où la douleur chronique ou neuropathique n'est pas une prise en charge fréquente.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Prise en charge de la douleur » et de sa valeur de 13 % avec un intervalle de confiance à 95 % de [4 % - 21 %] pour la campagne 2010.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	La douleur est évaluée dans le dossier de soins pour tous les secteurs, et suivie tout au long de la prise en charge du patient afin de s'assurer de l'efficacité des actions d'analgésie et du soulagement du patient. Néanmoins, les modifications de traitement sont partiellement tracées dans le dossier patient.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont mis à la disposition des professionnels comme les échelles DOLOPLUS ou ALGOPLUS chez les personnes âgées présentant des troubles de communication. Chacun de ces moyens d'évaluation bénéficie d'une fiche technique d'utilisation mise à disposition dans le dossier de soins.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Partiellement	Il existe un référent douleur par pôle qui s'assure de la bonne utilisation des outils par les professionnels. Ils sont aidés par le contrôle continu des cadres de santé au niveau de chaque service sur l'évaluation de la douleur dans les dossiers de soins. Cependant, ces contrôles ne sont pas formalisés.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Prise en charge de la douleur ». Des enquêtes spécifiques comme l'enquête sur la douleur provoquée par les soins en 2009 sont réalisées.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les résultats des indicateurs IPAQSS et le constat de l'insuffisance du tracé de l'évaluation de la douleur ont conduit le CLUD à revoir les supports de saisie dont le diagramme de soins pour améliorer la cible douleur. De nouveaux outils d'évaluation ont été mis en place comme l'ALGOPLUS, plus simple d'utilisation que le DOLOPLUS. Les feuilles de SSPI ont été revues pour tracer l'évaluation de la douleur. De nouveaux protocoles spécifiques de prise en charge de la douleur ont été rédigés, comme par exemple le protocole de prescription analgésie postopératoire par cathéter périmerveux.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement participe au réseau douleur PACA Ouest, et partage ses expériences avec les autres partenaires du réseau. 4 réunions par an sont organisées, et l'établissement a obligation d'assister à 3 d'entre elles.

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

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La lutte contre la douleur est un des axes stratégiques du projet médical 2011-2015 et du projet de soins du centre hospitalier. Un contrat d'engagement douleur est affiché sur le site internet de l'hôpital. La lutte contre la douleur est abordée dans le livret d'accueil. La politique de lutte contre la douleur est coordonnée par le CLUD pour l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement. Le CLUD se réunit 3 fois par an.

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.

Oui

Des protocoles analgésiques tenant compte des recommandations de bonnes pratiques sont élaborés et validés par le CLUD. Le classeur douleur présent dans les services depuis 2005 a été remplacé par la diffusion et la mise à disposition des différents secteurs de l'hôpital des documents sur intranet (CID : Centre d'Information et de Documentation de l'établissement). Citons par exemple : « Soins douloureux, le bon usage des médicaments au bon moment » ou « Prescription - Titration d'une analgésie autocontrôlée par le patient : PCA Morphine ».

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Une formation institutionnelle « Evaluation et prise en charge de la douleur à l'hôpital d'Aubagne » est programmée 4 fois par an pour les personnels paramédicaux. Un DU Douleur est financé chaque année par l'établissement. Des formations ciblées sont données à la demande des services. La participation du centre hospitalier au réseau douleur PACA Ouest oblige l'établissement à respecter les objectifs de formation du réseau qui prévoient un plan de formation étalé sur 5 ans avec, à terme, en nombre de soignants formés, 30 % du personnel soignant de jour, 100 % du personnel de nuit, tous les cadres de chaque service ou unité de soins, et 3 jours de formation par soignant.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Les secteurs d'activité ont élaboré des posters sur la prise en charge de la douleur qu'ils affichent à l'attention des patients. Des guides ont été rédigés comme le « Guide patient : la douleur », le « Guide patient : pompe PCA/ACP » et une fiche d'information aux patients adultes sous traitement morphinique. Le livret d'accueil contient un chapitre consacré à la douleur. Il n'existe cependant pas d'éducation thérapeutique formalisée dans l'établissement dans la mesure où la douleur chronique ou neuropathique n'est pas une prise en charge fréquente.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Un audit du dossier patient sur le modèle IPAQSS a été réalisé en 2010. Les résultats de cet audit montrent que les évaluations de la douleur dans le dossier patient sont majoritairement tracées.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	La douleur est évaluée dans le dossier de soins pour tous les secteurs, et suivie tout au long de la prise en charge du patient afin de s'assurer de l'efficacité des actions d'analgésie et du soulagement du patient. Néanmoins, les modifications de traitement sont majoritairement tracées dans le dossier patient.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont mis à la disposition des professionnels comme les échelles DOLOPLUS ou ALGOPLUS chez les personnes âgées présentant des troubles de communication. Chacun de ces moyens d'évaluation bénéficie d'une fiche technique d'utilisation mise à disposition dans le dossier de soins.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Partiellement	Il existe un référent douleur par pôle qui s'assure de la bonne utilisation des outils par les professionnels. Ils sont aidés par le contrôle continu des cadres de santé au niveau de chaque service sur l'évaluation de la douleur dans les dossiers de soins. Cependant, ces contrôles ne sont pas formalisés.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	La douleur est évaluée dans le dossier de soins pour tous les secteurs, et suivie tout au long de la prise en charge du patient afin de s'assurer de l'efficacité des actions d'analgésie et du soulagement du patient. Les modifications de traitement sont majoritairement tracées dans le dossier patient.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les résultats des évaluations et le constat de l'insuffisance du tracé de l'évaluation de la douleur ont conduit le CLUD à revoir les supports de saisie dont le diagramme de soins pour améliorer la cible douleur. De nouveaux outils d'évaluation ont été mis en place comme l'ALGOPLUS, plus simple d'utilisation que le DOLOPLUS. Les feuilles de SSPI ont été revues pour tracer l'évaluation de la douleur. De nouveaux protocoles spécifiques de prise en charge de la douleur ont été rédigés, comme par exemple le protocole de surveillance PCA.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement participe au réseau douleur PACA Ouest, et partage ses expériences avec les autres partenaires du réseau. 4 réunions par an sont organisées, et l'établissement a obligation d'assister à 3 d'entre elles.

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

**Critère 12.a - Hospitalisation à domicile**  
**Prise en charge de la douleur**



### Cotation

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

La lutte contre la douleur est un des axes stratégiques du projet médical 2011-2015 et du projet de soins du centre hospitalier. Un contrat d'engagement douleur est affiché sur le site internet de l'hôpital. La lutte contre la douleur est abordée dans le livret d'accueil. La politique de lutte contre la douleur est coordonnée par le CLUD pour l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement. Le CLUD se réunit 3 fois par an.

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.

Oui

Des protocoles analgésiques tenant compte des recommandations de bonnes pratiques sont élaborés et validés par le CLUD. Le classeur douleur présent dans les services depuis 2005 a été remplacé par la diffusion et la mise à disposition des différents secteurs de l'hôpital des documents sur intranet (CID : Centre d'Information et de Documentation de l'établissement). Citons par exemple : « Soins douloureux, le bon usage des médicaments au bon moment » ou « Prescription - Titration d'une analgésie autocontrôlée par le patient : PCA Morphine ».

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**



Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Une formation institutionnelle « Evaluation et prise en charge de la douleur à l'hôpital d'Aubagne » est programmée 4 fois par an pour les personnels paramédicaux. Un DU Douleur est financé chaque année par l'établissement. Des formations ciblées sont données à la demande des services. La participation du centre hospitalier au réseau douleur PACA Ouest oblige l'établissement à respecter les objectifs de formation du réseau qui prévoient un plan de formation étalé sur 5 ans avec, à terme, en nombre de soignants formés, 30 % du personnel soignant de jour, 100 % du personnel de nuit, tous les cadres de chaque service ou unité de soins, et 3 jours de formation par soignant.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Les secteurs d'activité ont élaboré des posters sur la prise en charge de la douleur qu'ils affichent à l'attention des patients. Des guides ont été rédigés comme le « Guide patient : la douleur », le « Guide patient : pompe PCA/ACP » et une fiche d'information aux patients adultes sous traitement morphinique. Le livret d'accueil contient un chapitre consacré à la douleur. Il n'existe cependant pas d'éducation thérapeutique formalisée dans l'établissement dans la mesure où la douleur chronique ou neuropathique n'est pas une prise en charge fréquente.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Prise en charge de la douleur » et de sa valeur de 73 % avec un intervalle de confiance à 95 % de [62 % - 85 %] pour la campagne 2010.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	La douleur est évaluée dans le dossier de soins pour tous les secteurs, et suivie tout au long de la prise en charge du patient afin de s'assurer de l'efficacité des actions d'analgésie et du soulagement du patient. Néanmoins, les modifications de traitement sont majoritairement tracées dans le dossier patient.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont mis à la disposition des professionnels comme les échelles DOLOPLUS ou ALGOPLUS chez les personnes âgées présentant des troubles de communication. Chacun de ces moyens d'évaluation bénéficie d'une fiche technique d'utilisation mise à disposition dans le dossier de soins.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Partiellement	Il existe un référent douleur par pôle qui s'assure de la bonne utilisation des outils par les professionnels. Ils sont aidés par le contrôle continu des cadres de santé au niveau de chaque service sur l'évaluation de la douleur dans les dossiers de soins. Cependant, ces contrôles ne sont pas formalisés.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Prise en charge de la douleur ». Des enquêtes institutionnelles comme l'enquête sur la douleur provoquée par les soins en 2009, et l'enquête de satisfaction des patients en HAD avec un item douleur (chaque année depuis 2008) sont réalisées.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les résultats des indicateurs IPAQSS et le constat de l'insuffisance du tracé de l'évaluation de la douleur ont conduit le CLUD à revoir les supports de saisie dont le diagramme de soins pour améliorer la cible douleur. De nouveaux outils d'évaluation ont été mis en place comme l'ALGOPLUS, plus simple d'utilisation que le DOLOPLUS. Les feuilles de SSPI ont été revues pour tracer l'évaluation de la douleur. De nouveaux protocoles spécifiques de prise en charge de la douleur ont été rédigés, comme par exemple le protocole de surveillance PCA.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement participe au réseau douleur PACA Ouest, et partage ses expériences avec les autres partenaires du réseau. 4 réunions par an sont organisées, et l'établissement a obligation d'assister à 3 d'entre elles. Une lettre sur la douleur a été envoyée aux médecins traitants participant au HAD.

## Référence 13: La fin de vie

### Critère 13.a - Court Séjour Prise en charge et droits des patients en fin de vie



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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

Il existe une organisation pour la prise en charge des patients en fin de vie. Celle-ci est traduite dans le projet médical, et porte sur la pérennisation des activités de soins palliatifs, dont le nombre LISp et la place de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) créée en 2001. Il s'agit d'une équipe pluriprofessionnelle qui intervient sur 3 hôpitaux du secteur. L'organisation tient compte de la diversité des besoins liés aux disciplines de l'établissement, et assure une approche adaptée aux différentes situations en tenant compte des compétences médicales et paramédicales déjà disponibles, en particulier en réanimation où les personnels sont formés à la démarche palliative. Les missions de l'EMSP, les modalités d'appel et de suivi des patients sont définies. Le rapport d'activité annuel de l'EMSP comprend un suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

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

Partiellement

La feuille de recueil de la volonté du patient relative aux actes et soins qui pourraient être délivrés en fin de vie est en projet. Le secteur de médecine et en particulier de gériatrie aiguë intègre le recueil de ces données dans l'évaluation initiale réalisée fréquemment par l'équipe mobile

	Partiellement	de gériatrie en lien avec l'entourage du patient, le cas échéant. Cependant, il n'est pas généralisé.
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.	En grande partie	L'établissement met en oeuvre l'information des usagers (patients et entourage) sur les principales dispositions de la loi du 22 avril 2005. Cette information est disponible dans le livret d'accueil et sur le site internet de l'établissement. En l'absence de la définition des modalités de recueil, les objectifs et cibles n'ont pas été fixés.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La démarche palliative est mise en oeuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.	Oui	<p>Les différents secteurs d'activité mettent en oeuvre la démarche palliative adaptée aux besoins des patients pris en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en médecine et gériatrie aiguë dans le cadre du projet personnalisé de soins comprenant la spécificité soins palliatifs. Le soutien du patient et des proches est assuré par les équipes soignantes en collaboration avec l'EMSP. Les professionnels ont bénéficié de formations sur la souffrance du soignant face à la mort. Les réunions pluriprofessionnelles sont en place ;</li> <li>- en chirurgie, le recours aux soins palliatifs est peu fréquent ; les personnels connaissent la procédure d'appel de l'EMSP ;</li> <li>- en obstétrique, lors d'un décès périnatal, l'accompagnement des proches est réalisé par l'équipe d'obstétrique qui comporte des psychologues ;</li> <li>- en réanimation, la démarche palliative fait partie intégrante de la spécificité du service ; 2 fois par semaine, des staffs sont organisés avec l'ensemble de l'équipe soignante (médecins, IDE, AS) où est abordé le projet thérapeutique de chaque patient. Lorsqu'un patient est déclaré au-delà de toutes ressources thérapeutiques, des actions spécifiques sont déclenchées en faveur du patient et de son entourage. Des réunions pluriprofessionnelles, dans le cadre des limitations thérapeutiques, sont déclenchées</li> </ul>

	Oui	lorsque l'état d'un patient le nécessite en réanimation et aux urgences.
Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.	Oui	L'établissement met en oeuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Les membres de l'EMSP assurent cette formation ; les objectifs sont définis ; le programme de formation est structuré, et les outils sont adaptés. Le retour d'information au niveau des équipes est assuré pour partie par les personnels formés. Une communication en vue d'une sensibilisation sur la loi Léonetti a été organisée par l'EMSP en 2010 lors de la journée mondiale des soins palliatifs.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Les conditions d'intervention des bénévoles des associations JALMAV et ASP sont définies. L'intervention des bénévoles dans les services est effective ; elle donne lieu à un bilan d'activité annuel comportant notamment le nombre de patients suivis ainsi que le nombre d'entretiens réalisés.
Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en oeuvre.	Oui	La concertation est organisée au sein des relèves paramédicales et des staffs. Cette concertation est tracée dans le dossier de soins palliatifs. Une icône identifie, sur la planification murale, les patients pris en charge dans le cadre des soins palliatifs.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Partiellement	L'EMSP effectue régulièrement des réunions avec les équipes soignantes pour évaluer les modes de prise en charge et effectuer du soutien auprès des équipes dans tous les services sauf la réanimation et l'obstétrique qui est peu concernée. En réanimation, des réévaluations régulières des patients en fin de vie sont réalisées lors des staffs bihebdomadaires. Il n'existe pas de dispositif d'évaluation structurée sur le champ de la prise en charge en fin de vie, et la concertation sur ce thème au niveau des instances est organisée uniquement en CME et au CSIRMT.

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées au sein des secteurs confrontés aux situations d'obstination déraisonnable et aux décisions de limitation ou d'arrêt de traitement. La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en chirurgie, selon l'évolution du patient, une réunion pluriprofessionnelle est programmée ; un compte-rendu est joint au dossier médical ;</li> <li>- en réanimation, au cours du staff bihebdomadaire, l'équipe pluriprofessionnelle établit le projet thérapeutique du patient pouvant évoluer en réflexion sur une situation d'obstination déraisonnable à poursuivre la thérapeutique ;</li> <li>- en médecine, la réflexion est souvent effectuée lors de la décision d'hospitalisation avec donc, un risque très faible de traitement déraisonnable, car le projet de soins est clairement identifié palliatif. Dans les services, les relèves permettent la réévaluation régulière du projet de soins, et peuvent réorienter le mode de prise en charge vers du palliatif.</li> </ul>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La seule action d'amélioration identifiée et en cours de mise en œuvre porte sur le recueil et la traçabilité dans le dossier de soins des directives anticipées.</p>

## Référence 13: La fin de vie

### Critère 13.a - Soins de suite et/ou de réadaptation Prise en charge et droits des patients en fin de vie



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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

Une organisation pour la prise en charge des patients en fin de vie est en place. Le dispositif repose sur :

- l'identification des besoins des patients au quotidien au cours des 3 transmissions paramédicales et des réunions d'équipe avec les médecins ;
- l'élaboration d'un projet de soins personnalisé en équipe pluridisciplinaire avec, si possible, le recueil des désirs du sujet en fin de vie ;
- la définition des objectifs de prise en charge et la mise en place des actions appropriées en lien avec le patient et son entourage ;
- l'identification des acteurs concernés par la prise en charge, Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), psychologue, IDE, AS...

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

Partiellement

La feuille de recueil de la volonté du patient relative aux actes et soins qui pourraient être délivrés en fin de vie est en projet. Cependant, lorsque les patients sont admis après un séjour en médecine, en particulier en gériatrie aiguë, l'évaluation initiale réalisée par l'équipe mobile de gériatrie en lien avec l'entourage du patient, intègre ce recueil de

	Partiellement	données.
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.	En grande partie	L'établissement met en oeuvre l'information des usagers (patients et entourage) sur les principales dispositions de la loi du 22 avril 2005. Cette information est disponible dans le livret d'accueil et sur le site internet de l'établissement. Dans le cas des patients en incapacité d'exprimer clairement leur volonté, l'entourage est sollicité. Cependant, en l'absence de la définition des modalités de recueil, les objectifs et cibles n'ont pas été fixés.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La démarche palliative est mise en oeuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.	Oui	La démarche de soins palliatifs s'inscrit dans la démarche de projet personnalisé de soins développée au travers du concept d'humanité auquel l'ensemble des soignants a été formé ou sensibilisé. Un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches est en place. Des réunions pluriprofessionnelles régulières contribuent au développement de la démarche de prise en charge de situations de fin de vie. Tous les services du pôle gériatrique (SSIAD, SSR, USLD et EHPAD) ont bénéficié de la formation humanité qui recentre le soin sur les besoins de la personne et sur la relation avec elle lors des soins dans le cadre de la bienveillance.
Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.	Oui	L'établissement met en oeuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Les membres de l'EMSP assurent cette formation ; les objectifs sont définis ; le programme de formation est structuré, et les outils sont adaptés. Le retour d'information au niveau des équipes est assuré pour partie par les personnels formés. Une communication en vue d'une sensibilisation sur la loi Léonetti a été organisée par l'EMSP en 2010 lors de la journée mondiale des soins palliatifs.



L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Les conditions d'intervention des bénévoles des associations JALMAV et ASP sont définies. Un cahier de relèves des rencontres entre bénévoles et institution existe, et un suivi est effectué. L'intervention des bénévoles dans les services est effective ; elle donne lieu à un bilan d'activité annuel comportant notamment le nombre de patients suivis ainsi que le nombre d'entretiens réalisés.
Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en œuvre.	Oui	La concertation est organisée au sein des relèves paramédicales et des staffs. Cette concertation est tracée dans le dossier de soins palliatifs. Une icône identifie, sur la planification murale, les patients pris en charge dans le cadre des soins palliatifs.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	En grande partie	Une évaluation des pratiques de soins pour les patients est réalisée par le cadre de santé au fur et à mesure de la prise en charge. Il y a une traçabilité dans le dossier médical lorsque le patient entre en fin de vie, et que des soins palliatifs sont débutés. Les évaluations palliatives faites par l'EMSP y sont aussi notées. Cependant, il n'existe pas de dispositif d'évaluation structurée sur le champ de la prise en charge en fin de vie, et la concertation sur ce thème au niveau des instances est organisée uniquement en CME et au CSIRMT.
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.	Oui	Des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées, et les décisions de prise en charge en soins palliatifs sont prises au cours des réunions pluriprofessionnelles et notées sur le dossier médical. La personne de confiance est partie prenante de la décision thérapeutique. La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire avec si besoin l'aide de l'EMSP.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	Les bénévoles de l'association de soins palliatifs sont régulièrement rencontrés pour évaluer leur satisfaction et éventuellement avoir un retour sur la qualité des soins donnés. Les familles sont consultées. Des actions

En grande partie	d'amélioration sont effectuées, en concertation avec les bénévoles et les familles, mais non formalisées.
------------------	---

## Référence 13: La fin de vie

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



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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

Une organisation pour la prise en charge des patients en fin de vie est en place. Le dispositif repose sur :

- l'identification des besoins des patients au quotidien au cours des 3 transmissions paramédicales et des réunions d'équipe avec les médecins ;
- l'élaboration d'un projet de soins personnalisé en équipe pluridisciplinaire avec, si possible, le recueil des désirs du sujet en fin de vie ;
- la définition des objectifs de prise en charge et la mise en place des actions appropriées en lien avec le patient et son entourage ;
- l'identification des acteurs concernés par la prise en charge, Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), psychologue, IDE, AS...

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

Partiellement

La feuille de recueil de la volonté du patient relative aux actes et soins qui pourraient être délivrés en fin de vie est en projet. Cependant, le secteur de médecine et en particulier de gériatrie aiguë intègre le recueil de ces données dans l'évaluation initiale réalisée fréquemment par l'équipe mobile de gériatrie en lien avec l'entourage du

	Partiellement	patient, le cas échéant.
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.	En grande partie	L'établissement met en oeuvre l'information des usagers (patients et entourage) sur les principales dispositions de la loi du 22 avril 2005. Cette information est disponible dans le livret d'accueil et sur le site internet de l'établissement. Dans le cas des patients en incapacité d'exprimer clairement leur volonté, l'entourage est sollicité. Cependant, en l'absence de la définition des modalités de recueil, les objectifs et cibles n'ont pas été fixés.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La démarche palliative est mise en oeuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.	Oui	La démarche de soins palliatifs s'inscrit dans la démarche de projet personnalisé de soins développée au travers du concept d'humanité auquel l'ensemble des soignants a été formé ou sensibilisé. Un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches est en place. Des réunions pluriprofessionnelles régulières contribuent au développement de la démarche de prise en charge de situations de fin de vie. Tous les services du pôle gériatrique (SSIAD, SSR, USLD et EHPAD) ont bénéficié de la formation humanité qui recentre le soin sur les besoins de la personne et sur la relation avec elle lors des soins dans le cadre de la bienveillance.
Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.	Oui	L'établissement met en oeuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Les membres de l'EMSP assurent cette formation ; les objectifs sont définis ; le programme de formation est structuré, et les outils sont adaptés. Le retour d'information au niveau des équipes est assuré pour partie par les personnels formés. Une communication en vue d'une sensibilisation sur la loi Léonetti a été organisée par l'EMSP en 2010 lors de la journée mondiale des soins palliatifs.

L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Les conditions d'intervention des bénévoles des associations JALMAV et ASP sont définies. Un cahier de relèves des rencontres entre bénévoles et institution existe, et un suivi est effectué. L'intervention des bénévoles dans les services est effective ; elle donne lieu à un bilan d'activité annuel comportant notamment le nombre de patients suivis ainsi que le nombre d'entretiens réalisés.
Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en œuvre.	Oui	La concertation est organisée au sein des relèves paramédicales et des staffs. Cette concertation est tracée dans le dossier de soins palliatifs. Une icône identifie, sur la planification murale, les patients pris en charge dans le cadre des soins palliatifs.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	En grande partie	Une évaluation des pratiques de soins pour les patients est réalisée par le cadre de santé au fur et à mesure de la prise en charge. Il y a une traçabilité dans le dossier médical lorsque le patient entre en fin de vie, et que des soins palliatifs sont débutés. Les évaluations palliatives faites par l'EMSP y sont aussi notées. Cependant, il n'existe pas de dispositif d'évaluation structurée sur le champ de la prise en charge en fin de vie, et la concertation sur ce thème au niveau des instances est organisée uniquement en CME et au CSIRMT.
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.	Oui	Des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées, et les décisions de prise en charge en soins palliatifs sont prises au cours des réunions pluriprofessionnelles et notées sur le dossier médical. La personne de confiance est partie prenante de la décision thérapeutique. La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire avec si besoin l'aide de l'EMSP.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	Les bénévoles sont régulièrement rencontrés pour évaluer leur satisfaction et éventuellement avoir un retour sur la qualité des soins donnés. Les familles sont consultées. Des actions d'amélioration sont effectuées, en concertation avec

En grande partie	les bénévoles et les familles, mais non formalisées.
------------------	--

## Référence 13: La fin de vie

### Critère 13.a - Hospitalisation à domicile Prise en charge et droits des patients en fin de vie



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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

L'organisation des soins des patients en fin de vie en HAD est définie à partir des critères de prise en charge définis par l'EMSP avec qui, il existe une convention depuis 2001. Une procédure de recours à l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) est en place ainsi qu'un document de suivi des patients pris en charge. L'intervention du réseau Soins Palliatifs 13 est organisée, si besoin. Une des IDE est titulaire d'un DU Soins palliatifs ; elle assure la fonction de référente.

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

Partiellement

Le recueil des volontés du patient est intégré dans la procédure d'appel de l'EMSP. Le dossier patient HAD ne comporte pas de rubrique pour un recueil systématique de ces informations.

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.

Partiellement

L'information est délivrée par le livret d'accueil spécifique HAD informant les usagers des principales dispositions de la loi du 22 avril 2005. Cependant, en l'absence de la définition des modalités de recueil, les objectifs et cibles n'ont pas été fixés.

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

La démarche palliative est mise en œuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.	Oui	La démarche de soins palliatifs s'inscrit dans le projet personnalisé de soins du patient admis en HAD. Un dispositif de soutien et d'accompagnement du patient et des proches est assuré par l'équipe IDE et sur demande du patient par la psychologue de l'EMSP ou du réseau. Le recours à des prestations d'aide aux soins est proposé systématiquement. Des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires de concertation sont en place. Un lien vers le médecin traitant est établi par le médecin coordonnateur.
Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.	Oui	L'établissement met en oeuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Les membres de l'EMSP assurent cette formation ; les objectifs sont définis ; le programme de formation est structuré, et les outils sont adaptés. Le retour d'information au niveau des équipes est assuré pour partie par les personnels formés. Une communication en vue d'une sensibilisation sur la loi Léonetti a été organisée par l'EMSP en 2010 lors de la journée mondiale des soins palliatifs.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Les conditions d'intervention des bénévoles des associations JALMAV et ASP sont définies. A ce jour, les bénévoles n'ont pas été sollicités par les patients pour une intervention au domicile.
Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en œuvre.	Oui	La concertation, en collaboration avec le médecin traitant, est mise en oeuvre lors des réunions hebdomadaires avec médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, cadre et assistante sociale si besoin, et lors des relèves journalières infirmiers/médecins. Les conclusions sont notées sur le dossier du patient et sur le compte-rendu de réunion.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Partiellement	Une enquête de satisfaction, non spécifique aux soins palliatifs est réalisée tous les 6 mois. Suite au décès du patient suivi en soins palliatifs, un courrier est adressé aux proches avec une proposition de soutien. Il n'existe pas de dispositif d'évaluation structurée sur le champ de la prise en charge en fin de vie, et la concertation sur ce thème au



	Partiellement	niveau des instances est organisée uniquement en CME et au CSIRMT.
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.	Oui	Les patients en soins palliatifs bénéficient de soins à visée antalgique et/ou de confort. Ils sont déterminés en concertation avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur. L'observation des IDE sur les patients pris en charge alimente la réflexion, et aide à la prise de décision.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	Des actions d'amélioration ont été mises en place : - mise à disposition d'une fiche d'évaluation de la douleur en 2008 ; - recueil de données sociales au moyen d'une fiche signalétique en 2009 ; - élaboration et utilisation d'un document de recueil des besoins du patient et de l'entourage en 2010. Les modalités de coordination et de suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration ne sont pas définies.

## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Le dossier administratif du patient est informatisé pour l'ensemble de l'établissement. Il existe également un logiciel de prescription qui concerne également l'ensemble des unités de soins. Le reste du dossier patient (dossier médical, dossier de soins, différents dossiers métiers) existe sous la forme de dossier papier. Ses règles sont formalisées au travers du guide de tenue du dossier patient actualisé régulièrement. Ce guide peut être consulté informatiquement sur le CID (Centre d'Information et de Documentation).

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

Oui

Le guide de tenue du dossier patient contient les règles d'accès pour les différents professionnels utilisateurs, que ce soit pour l'utilisation informatique ou pour l'utilisation papier. Pour l'utilisation informatique, les professionnels concernés signent un règlement de confidentialité. Tout ce qui concerne les données médicales en amont de l'hospitalisation peut être consultable informatiquement après scannage par les secrétariats médicaux. L'archivage est sous la responsabilité du médecin DIM qui en établit les

	Oui	règles.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 86 avec un intervalle de confiance à 95 % de [82 - 89] pour la campagne 2010.
La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	En grande partie	Au sein de l'établissement, le dossier papier suit, si besoin, le patient transitant dans les différentes unités. Pour les correspondants externes, les courriers sont adressés dans des délais qui permettent un suivi efficace de leurs patients dans la majorité des cas.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». De plus, ont été effectués en 2007, 2008 et 2010 des audits du dossier de soins infirmiers.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les résultats des évaluations IPAQSS de 2009 ont permis la mise en place de plusieurs actions d'amélioration : l'évaluation de l'état nutritionnel, la modification du dossier médical type, l'insertion systématique de l'adresse du médecin traitant dans le courrier de fin d'hospitalisation, la modification du dossier d'anesthésie, la prescription informatisée dans toutes les unités de soins ; la modification du diagramme de surveillance du dossier de soins pour améliorer l'évaluation de la douleur. Un indicateur qui prend en compte l'activité est mis en place par le DIM : délai de production d'au moins un document au niveau de chaque unité d'hospitalisation après la sortie du patient de l'unité. La mise en oeuvre des actions d'amélioration est coordonnée et suivie par le médecin DIM.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Le dossier administratif du patient est informatisé pour l'ensemble de l'établissement. Il existe également un logiciel de prescription qui concerne l'ensemble des unités sauf les urgences qui ont leur propre logiciel. Le reste du dossier patient (dossier médical, dossier de soins, différents dossiers métiers) existe sous la forme de dossier papier. Ses règles sont formalisées au travers du guide de tenue du dossier patient actualisé régulièrement. Ce guide peut être consulté informatiquement sur le CID (Centre d'Information et de Documentation).

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

Oui

Le guide de tenue du dossier patient contient les règles d'accès pour les différents professionnels utilisateurs, que ce soit pour l'utilisation informatique ou pour l'utilisation papier. Pour l'utilisation informatique, les professionnels concernés signent un règlement de confidentialité. Tout ce qui concerne les données médicales en amont de l'hospitalisation peut être consultable informatiquement après scannage par les secrétariats médicaux. L'archivage est sous la responsabilité du médecin DIM qui en établit les règles.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 86 avec un intervalle de confiance à 95 % de [83 - 89] pour la campagne 2010.
La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	En grande partie	Au sein de l'établissement, le dossier papier suit, si besoin, le patient transitant dans les différentes unités. Pour les correspondants externes, les courriers sont adressés dans des délais qui permettent un suivi efficace de leurs patients dans la majorité des cas.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». De plus, ont été effectués en 2007, 2008 et 2010 des audits du dossier de soins infirmiers.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les résultats des évaluations IPAQSS de 2009 ont permis la mise en place de plusieurs actions d'amélioration : l'évaluation de l'état nutritionnel, la modification du dossier médical type, l'insertion systématique de l'adresse du médecin traitant dans le courrier de fin d'hospitalisation, la prescription informatisée dans toutes les unités de soins, la modification du diagramme de surveillance du dossier de soins pour améliorer l'évaluation de la douleur. Un indicateur qui prend en compte l'activité est mis en place par le DIM : délai de production d'au moins un document au niveau de chaque unité d'hospitalisation après la sortie du patient de l'unité. La mise en oeuvre des actions d'amélioration est coordonnée et suivie par le médecin DIM.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Le dossier administratif du patient est informatisé pour l'ensemble de l'établissement. Il existe également un logiciel de prescription qui concerne l'ensemble des unités sauf les urgences qui ont leur propre logiciel. Le reste du dossier patient (dossier médical, dossier de soins, différents dossiers métiers) existe sous la forme de dossier papier. Ses règles sont formalisées au travers du guide de tenue du dossier patient actualisé régulièrement. Ce guide peut être consulté informatiquement sur le CID (Centre d'Information et de Documentation).

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

Oui

Le guide de tenue du dossier patient contient les règles d'accès pour les différents professionnels utilisateurs, que ce soit pour l'utilisation informatique ou pour l'utilisation papier. Pour l'utilisation informatique, les professionnels concernés signent un règlement de confidentialité. Tout ce qui concerne les données médicales en amont de l'hospitalisation peut être consultable informatiquement après scannage par les secrétariats médicaux. L'archivage est sous la responsabilité du médecin DIM qui en établit les règles.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge sont généralement tracés en temps utile dans le dossier patient.
La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	En grande partie	Au sein de l'établissement, le dossier papier suit, si besoin, le patient transitant dans les différentes unités. Pour les correspondants externes, les courriers sont adressés dans des délais qui permettent un suivi efficace de leurs patients dans la majorité des cas.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient » (même s'il n'est pas assujéti). De plus, ont été effectués en 2007, 2008 et 2010 des audits du dossier de soins infirmiers.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	<p>Les résultats des évaluations IPAQSS de 2009 ont permis la mise en place de plusieurs actions d'amélioration : l'évaluation de l'état nutritionnel, la modification du dossier médical type, l'insertion systématique de l'adresse du médecin traitant dans le courrier de fin d'hospitalisation, la prescription informatisée dans toutes les unités de soins, la modification du diagramme de surveillance du dossier de soins pour améliorer l'évaluation de la douleur. Un indicateur qui prend en compte l'activité est mis en place par le DIM : délai de production d'au moins un document au niveau de chaque unité d'hospitalisation après la sortie du patient de l'unité.</p> <p>La mise en oeuvre des actions d'amélioration est coordonnée et suivie par le médecin DIM.</p>



## Référence 14: Le dossier du patient

**Critère 14.a - Hospitalisation à domicile**  
**Gestion du dossier du patient**



### Cotation

C

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Pour l'HAD, il existe un dossier administratif informatisé détenu au sein du CH, ainsi qu'un double dossier de soins et dossier médical détenus au sein du CH et au domicile du patient. Les règles de tenue sont formalisées et connues de l'ensemble des professionnels. Le guide de tenue du dossier patient est consultable sur le CID (Centre Informatique de Documentation).

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

Oui

Le guide de tenue du dossier patient contient les règles d'accès pour les différents professionnels utilisateurs, que ce soit pour l'utilisation informatique ou pour l'utilisation papier. Pour l'utilisation informatique, les professionnels concernés signent un règlement de confidentialité. Tout ce qui concerne les données médicales en amont de l'hospitalisation peut être consultable informatiquement après scannage par les secrétariats médicaux. L'archivage est sous la responsabilité du médecin DIM qui en établit les règles.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 60 avec un intervalle de confiance à 95 % de [56 - 64] pour la campagne 2010.
La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	Oui	Grâce à l'existence de 2 dossiers patients papier (l'un au siège de l'HAD, l'autre au domicile du patient), la communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	En grande partie	Les résultats des évaluations IPAQSS de 2009 ont permis la mise en place de plusieurs actions d'amélioration : l'évaluation de l'état nutritionnel, la modification du dossier médical type, l'insertion systématique de l'adresse du médecin traitant dans le courrier de fin d'hospitalisation. Néanmoins, toutes les actions d'amélioration n'ont pas été mises en place.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

Les modalités d'accès du patient ou de ses ayants droit à son dossier sont définies dans une procédure consultable sur le Centre d'Information et de Documentation de l'établissement (CID), et connue de l'ensemble des professionnels. La traçabilité de l'information délivrée au patient sur ses droits d'accès est retrouvée. La traçabilité de l'information adressée au patient sur la prise en compte de sa demande est également retrouvée.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier par plusieurs moyens : la charte du patient hospitalisé affichée dans toutes les unités de soins, le site internet et le livret d'accueil de l'établissement.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.

Oui

Les délais de transmission du dossier au patient demandeur font l'objet d'une évaluation depuis janvier 2010 grâce à un tableau de suivi tenu par le secrétariat de direction ; ces délais respectent la réglementation.

#### E3 Evaluer et améliorer

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Le délai d'accès respectant la réglementation, l'établissement n'a donc pas mis en place d'actions d'amélioration sur ce thème.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRU est informée annuellement du nombre de demandes de dossiers médicaux. Depuis 2010, l'évaluation des délais est prise en compte.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

Les modalités d'accès du patient ou de ses ayants droit à son dossier sont définies dans une procédure consultable sur le Centre d'Information et de Documentation de l'établissement (CID), et connue de l'ensemble des professionnels. La traçabilité de l'information délivrée au patient sur ses droits d'accès est retrouvée. La traçabilité de l'information adressée au patient sur la prise en compte de sa demande est également retrouvée.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier par plusieurs moyens : la charte du patient hospitalisé affichée dans toutes les unités de soins, le site internet et le livret d'accueil de l'établissement.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.

Oui

Les délais de transmission du dossier au patient demandeur font l'objet d'une évaluation depuis janvier 2010 grâce à un tableau de suivi tenu par le secrétariat de direction ; ces délais respectent la réglementation.

#### E3 Evaluer et améliorer

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Le délai d'accès respectant la réglementation, l'établissement n'a donc pas mis en place d'actions d'amélioration sur ce thème.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRU est informée annuellement du nombre de demandes de dossiers médicaux. Depuis 2010, l'évaluation des délais est prise en compte.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

Les modalités d'accès du patient ou de ses ayants droit à son dossier sont définies dans une procédure consultable sur le Centre d'Information et de Documentation de l'établissement (CID), et connue de l'ensemble des professionnels. La traçabilité de l'information délivrée au patient sur ses droits d'accès est retrouvée. La traçabilité de l'information adressée au patient sur la prise en compte de sa demande est également retrouvée.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier par plusieurs moyens : la charte du patient hospitalisé affichée dans toutes les unités de soins, le site internet et le livret d'accueil de l'établissement.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.

Oui

Les délais de transmission du dossier au patient demandeur font l'objet d'une évaluation depuis janvier 2010 grâce à un tableau de suivi tenu par le secrétariat de direction ; ces délais respectent la réglementation.

#### E3 Evaluer et améliorer

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Le délai d'accès respectant la réglementation, l'établissement n'a donc pas mis en place d'actions d'amélioration sur ce thème.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRU est informée annuellement du nombre de demandes de dossiers médicaux. Depuis 2010, l'évaluation des délais est prise en compte.



## Référence 14: Le dossier du patient

**Critère 14.b - Hospitalisation à domicile**  
**Accès du patient à son dossier**



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

Les modalités d'accès du patient ou de ses ayants droit à son dossier sont définies dans une procédure consultable sur le Centre d'Information et de Documentation de l'établissement (CID), et connue de l'ensemble des professionnels. La traçabilité de l'information délivrée au patient sur ses droits d'accès est retrouvée. La traçabilité de l'information adressée au patient sur la prise en compte de sa demande est également retrouvée.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier par plusieurs moyens : la charte du patient hospitalisé affichée dans toutes les unités de soins, le site internet et le livret d'accueil de l'établissement.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.

Oui

Les délais de transmission du dossier au patient demandeur font l'objet d'une évaluation depuis janvier 2010 grâce à un tableau de suivi tenu par le secrétariat de direction ; ces délais respectent la réglementation.

#### E3 Evaluer et améliorer

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Le délai d'accès respectant la réglementation, l'établissement n'a donc pas mis en place d'actions d'amélioration sur ce thème.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRU est informée annuellement du nombre de demandes de dossiers médicaux. Depuis 2010, l'évaluation des délais est prise en compte.

Référence 15: L'identification du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Une organisation, décrite dans des procédures, est en place pour garantir la fiabilité de l'identification du patient. Une fiche de signalement des doublons et des fusions est en place. Le port d'un bracelet d'identification est instauré pour tous les patients dans les services de médecine, de chirurgie et au bloc opératoire. Une organisation permettant la fiabilisation de l'identification est en place au laboratoire et au service d'imagerie médicale, et est décrite dans des procédures.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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.

En grande partie

Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé ont été formés, pour la plupart, au logiciel de gestion administrative du patient en 2007, et notamment à la prévention des erreurs d'identification du patient. Des rappels des règles d'identification sont ponctuellement effectués dans les services.

<p>Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>2 documents sont mis à disposition des personnels de l'accueil administratif pour mettre en oeuvre les procédures de vérification de l'identité : une procédure de saisie des identités et une fiche technique des règles de saisie des identités. Le personnel de l'accueil des urgences ne met pas en oeuvre totalement la procédure de saisie des identités notamment concernant le recueil des pièces justificatives de l'état civil (recueil uniquement de la carte vitale et de la mutuelle).</p>
<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une procédure de vérification de l'identité du patient est établie et mise en oeuvre dans les secteurs cliniques. Elle est adaptée à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques. La vérification est tracée sur la couverture du dossier de soins au moment de l'accueil dans les services de soins, sur la check-list au bloc opératoire.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<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>En grande partie</p>	<p>Un contrôle permanent est organisé à partir du laboratoire avec un recueil de toutes les non-conformités liées à l'identification du patient. Une cellule d'identitovigilance a été mise en place. La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée par le biais des fiches de déclaration des événements indésirables, mais l'établissement ne réalise pas d'évaluation à périodicité définie.</p>

## Référence 15: L'identification du patient

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Une organisation, décrite dans des procédures, est en place pour garantir la fiabilité de l'identification du patient. Une fiche de signalement des doublons et des fusions est en place. Une organisation permettant la fiabilisation de l'identification est en place au laboratoire et au service d'imagerie médicale, et est décrite dans des procédures.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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.

En grande partie

Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé ont été formés, pour la plupart, au logiciel de gestion administrative du patient en 2007, et notamment à la prévention des erreurs d'identification du patient. Des rappels des règles d'identification sont ponctuellement effectués dans les services.

Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.

Oui

2 documents sont mis à disposition des personnels de l'accueil administratif pour mettre en oeuvre les procédures de vérification de l'identité : une procédure de saisie des identités et une fiche technique des règles de saisie des identités. Le personnel de l'accueil des urgences ne met pas en oeuvre totalement la procédure de saisie des identités

	Oui	notamment concernant le recueil des pièces justificatives de l'état civil (recueil uniquement de la carte vitale et de la mutuelle).
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Une procédure de vérification de l'identité du patient est établie et mise en oeuvre dans les secteurs cliniques. Elle est adaptée à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques. La vérification est tracée sur la couverture du dossier de soins au moment de l'accueil dans les services de soins, sur la check-list au bloc opératoire.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge, est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	Un contrôle permanent est organisé à partir du laboratoire avec un recueil de toutes les non-conformités liées à l'identification du patient. Une cellule d'identitovigilance a été mise en place. La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée par le biais des fiches de déclaration des événements indésirables, mais l'établissement ne réalise pas d'évaluation à périodicité définie.

## Référence 15: L'identification du patient

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Une organisation, décrite dans des procédures, est en place pour garantir la fiabilité de l'identification du patient. Une fiche de signalement des doublons et des fusions est en place. Une organisation permettant la fiabilisation de l'identification est en place au laboratoire et au service d'imagerie médicale, et est décrite dans des procédures.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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.

En grande partie

Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé ont été formés, pour la plupart, au logiciel de gestion administrative du patient en 2007, et notamment à la prévention des erreurs d'identification du patient. Des rappels des règles d'identification sont ponctuellement effectués dans les services.

Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.

Oui

2 documents sont mis à disposition des personnels de l'accueil administratif pour mettre en oeuvre les procédures de vérification de l'identité : une procédure de saisie des identités et une fiche technique des règles de saisie des identités. Le personnel de l'accueil des urgences ne met pas en oeuvre totalement la procédure de saisie des identités

	Oui	notamment concernant le recueil des pièces justificatives de l'état civil (recueil uniquement de la carte vitale et de la mutuelle).
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Une procédure de vérification de l'identité du patient est établie et mise en oeuvre dans les secteurs cliniques. Elle est adaptée à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques. La vérification est tracée sur la couverture du dossier de soins au moment de l'accueil dans les services de soins, sur la check-list au bloc opératoire.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge, est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	Un contrôle permanent est organisé à partir du laboratoire avec un recueil de toutes les non-conformités liées à l'identification du patient. Une cellule d'identitovigilance a été mise en place. La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée par le biais des fiches de déclaration des événements indésirables, mais l'établissement ne réalise pas d'évaluation à périodicité définie.



## Référence 15: L'identification du patient

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Une organisation, décrite dans des procédures, est en place pour garantir la fiabilité de l'identification du patient.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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.

En grande partie

Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé ont été formés, pour la plupart, au logiciel de gestion administrative du patient en 2007, et notamment à la prévention des erreurs d'identification du patient. Des rappels des règles d'identification sont ponctuellement effectués dans les services.

Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.

Oui

Les personnels de l'administration mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité. 2 documents sont mis à disposition des agents : une procédure de saisie des identités et une fiche technique des règles de saisie des identités.

<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>Oui</p>	<p>L'exercice en HAD est réalisé au domicile du patient. Les professionnels de santé s'assurent dès le début de la prise en charge de l'identité du patient et de son adéquation avec le contenu du dossier déposé au domicile. Les documents, étiquettes, sont mis à disposition des professionnels pour fiabiliser l'identification des prescriptions, des examens et des documents de suivi.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<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>En grande partie</p>	<p>Un contrôle permanent est organisé à partir du laboratoire avec un recueil de toutes les non-conformités liées à l'identification du patient. Une cellule d'identitovigilance a été mise en place. La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée par le biais des fiches de déclaration des événements indésirables, mais l'établissement ne réalise pas d'évaluation à périodicité définie.</p>

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

**Référence 16: L'accueil du patient****Critère 16.a - Court Séjour  
Dispositif d'accueil du patient****Cotation**

B

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

Des modalités d'accueil du patient sont définies.

En grande partie

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

Partiellement

En l'absence de service d'urgence, des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge des personnes se présentant pour une urgence.

NA

**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.	Oui	
Le temps d'attente prévisible est annoncé.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec la CRU.	Partiellement	

**Référence 16: L'accueil du patient****Critère 16.a - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Dispositif d'accueil du patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Des modalités d'accueil du patient sont définies.

Oui

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

En grande partie

En l'absence de service d'urgence, des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge des personnes se présentant pour une urgence.

NA

**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.	Oui	
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.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec la CRU.	Partiellement	

## Référence 16: L'accueil du patient

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Des modalités d'accueil du patient sont définies.

Oui

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

En grande partie

En l'absence de service d'urgence, des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge des personnes se présentant pour une urgence.

NA

### 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.	Oui	
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.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec la CRU.	Partiellement	

**Référence 16: L'accueil du patient****Critère 16.a - Hospitalisation à domicile  
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.

NA

En l'absence de service d'urgence, des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge des personnes se présentant pour une urgence.

NA

**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	
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 œuvre en lien avec la CRU.	En grande partie	

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

### Critère 17.a - Court Séjour

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

## Cotation

B

### 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.

En grande partie

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.

Oui

Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).

En grande partie

La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.

En grande partie

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

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

### Critère 17.a - Soins de suite et/ou de réadaptation

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

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

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

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

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

#### Évaluation 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 personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).

Oui

La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.

Oui



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

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

### Critère 17.a - Hospitalisation à domicile

#### Évaluation 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 personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).

Oui

La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.

Oui

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

**Référence 18: La continuité et la coordination des soins****Critère 18.a - Court Séjour**  
**Continuité et coordination de la prise en charge des patients****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.

Oui

Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes.

En grande partie

Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.

Oui

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

Les secteurs d'activité collaborent 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.	En grande partie	
<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.	Partiellement	

**Référence 18: La continuité et la coordination des soins****Critère 18.a - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Continuité et coordination de la prise en charge des patients****Cotation**

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 h/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

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

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.	En grande partie	

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

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

### 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 h/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.

En grande partie

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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.	En grande partie	

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

### Critère 18.a - Hospitalisation à domicile 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 h/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

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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 18.b - Court Séjour

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

### 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.

En grande partie

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 œuvre.	Oui	

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

### Critère 18.b - Soins de suite et/ou de réadaptation

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

### 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 œuvre.	Oui	

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

### Critère 18.b - Soins de longue durée

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

### 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 œuvre.	Oui	

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

### Critère 18.b - Hospitalisation à domicile

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

### 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.

NA

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.

NA

<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 œuvre.	Oui	

**Référence 19: Les prises en charge particulières****Critère 19.a - Personnes âgées  
Populations nécessitant une prise en charge particulière****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.

En grande partie

**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.

En grande partie

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

Oui

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

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

**Référence 19: Les prises en charge particulières****Critère 19.a - Patients porteurs de maladie chronique  
Populations nécessitant une prise en charge particulière****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.

En grande partie

**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.

En grande partie

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

En grande partie

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

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

**Référence 19: Les prises en charge particulières****Critère 19.a - Enfants et adolescents**  
**Populations nécessitant une prise en charge particulière****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.

Oui

**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.

En grande partie

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

Oui

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



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

**Référence 19: Les prises en charge particulières****Critère 19.a - Personnes atteintes d'un handicap  
Populations nécessitant une prise en charge particulière****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.

Oui

**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.

En grande partie

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

En grande partie

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

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

**Référence 19: Les prises en charge particulières****Critère 19.a - Personnes démunies  
Populations nécessitant une prise en charge particulière****Cotation**

A

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

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.

Oui

**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.

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 19.a - 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 19.b - Court Séjour**  
**Troubles de l'état nutritionnel**



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

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

Non

Il n'existe pas d'instance de coordination pour la prise en charge des troubles nutritionnels actuellement en fonction dans l'établissement.

**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

Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.

Partiellement



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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

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

Non

Il n'existe pas d'instance de coordination pour la prise en charge des troubles nutritionnels actuellement en fonction dans l'établissement.

**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

Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.

Partiellement

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

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

Non

Il n'existe pas d'instance de coordination pour la prise en charge des troubles nutritionnels actuellement en fonction dans l'établissement.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.

En grande partie

Le poids et la taille sont systématiquement indiqués. L'IMC n'est pas forcément calculé.

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.b - Hospitalisation à domicile Troubles de l'état nutritionnel



## Cotation

C

### 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.

Non

Il n'existe pas d'instance de coordination pour la prise en charge des troubles nutritionnels actuellement en fonction dans l'établissement.

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

En grande partie

Les actions d'éducation nutritionnelle sont individualisées en HAD, adaptées au patient et réalisées par l'équipe soignante. Des plaquettes d'information sont laissées dans certains cas comme le diabète.

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 11 % avec un intervalle de confiance à 95 % de [2 % - 20 %] pour la campagne 2010.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels ». Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	Suite aux résultats des indicateurs IPAQSS et des enquêtes sur la restauration, des actions d'amélioration ont été menées. Les supports communs du dossier de soins ont été revus pour mieux prendre en compte le poids et la taille des patients. Des bilans des ingestats ont été mis en place depuis 2 ans. Un renforcement de la prise en charge du diabète au niveau diététique a été entrepris. La prise en charge des troubles nutritionnels est mieux tracée dans le dossier HAD.

**Référence 19: Les prises en charge particulières****Critère 19.c - Court Séjour  
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.

Partiellement

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



Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	En grande partie	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	En grande partie	

**Référence 19: Les prises en charge particulières****Critère 19.c - Soins de suite et/ou de réadaptation  
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.

Partiellement

**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 19.c - Soins de longue durée  
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.

Partiellement

**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 19.c - Hospitalisation à domicile  
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.

Partiellement

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

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	En grande partie	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	En grande partie	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

## Cotation

NA

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

L'information de toute personne hospitalisée sans consentement (HDT ou HO) sur les modalités de son hospitalisation et les possibilités de recours est organisée.

NA

Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.

NA

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Une sensibilisation et une formation des professionnels à ces modalités d'hospitalisation sont mises en place.

NA

Des procédures 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 20.a - Court Séjour**  
**Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient**



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

L'établissement a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans le cadre du projet d'établissement 2011-2015. Les grands axes d'amélioration qui ont été définis sont, entre autres, la poursuite de la sécurisation du circuit des produits pharmaceutiques sur l'ensemble de la prise en charge thérapeutique, par l'informatisation du circuit du médicament (prescription, dispensation et administration des traitements), le bon usage des antibiotiques, la dispensation individuelle nominative. Les engagements et les rapports annuels du Contrat de Bon Usage du Médicament (CBUM) ont décliné ces axes de travail. Conformément aux plans d'actions qui ont été définis, les avancées des travaux sont présentées en COMEDIMS. Une convention de sous-traitance de la préparation des chimiothérapies a été signée et est fonctionnelle depuis l'année 2010. Par ailleurs, l'accent est également porté sur le suivi des événements indésirables et des erreurs associés aux produits pharmaceutiques.

<p>Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier, est défini.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est formalisé dans le projet d'établissement. Le déploiement du projet est planifié. Cependant, plusieurs logiciels sont utilisés pour les patients hospitalisés en MCO, et les interactions entre ces différents logiciels ne sont pas opérationnelles. Le caractère fonctionnel de ces interfaces n'est pas précisé dans le projet d'informatisation de l'établissement qui est intégré au système d'information hospitalier.</p>
<p>Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des procédures « Circuit des médicaments en prescription nominative informatique », « Validation pharmaceutique complète d'une prescription (hors chimiothérapie) », entre autres, définissent les règles et supports de prescription au sein de l'établissement. Un travail est en cours sur l'ensemble de l'établissement afin de définir les conditions de prescription de certains médicaments chez les patients âgés de 75 ans et plus. Sur le support informatique, les règles de prescription sont validées. Ce support est utilisé pour la majorité des prescriptions. Les prescriptions effectuées sur support papier qui sont transmises à la PUI ne sont pas retranscrites sur support informatique, mais font l'objet d'une sortie de stock informatique. Une procédure dégradée, comportant le recours au support papier, est un recours lors de dysfonctionnements du système informatique. Le logiciel utilisé par le service des urgences ne permet pas d'interface opérationnelle avec le logiciel auquel ont recours les autres services qui prescrivent sur le support informatique. Dans les autres situations, peu fréquentes, il persiste quelques rares retranscriptions, ainsi que des prescriptions effectuées dans le dossier de soins, ou d'autres prescriptions dont la formulation ne correspond pas à la réglementation définie par l'arrêté du 31 mars 1999 en termes de validité. Pendant la visite, la PUI n'a pu fournir une liste à jour des prescripteurs autorisés.</p>

Des outils d'aide actualisés et validés sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des outils d'aide à la prescription validés par le COMEDIMS sont mis à disposition des professionnels : livret thérapeutique, protocoles, dictionnaires Vidal récents, logiciel d'aide à la prescription intégré au support informatique (Thériaque). Ces supports sont actualisés en fonction des évolutions des connaissances et de la pharmacopée.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	La gestion des traitements personnels est définie dans une procédure. Les ordonnances de sortie prennent en compte les traitements antérieurs à l'hospitalisation. L'intégralité de la prescription est validée par la PUI. En cas de transfert, les produits pharmaceutiques nécessaires à la continuité du traitement sont délivrés au patient si besoin.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	En grande partie	L'accès de la pharmacie est limité au seul personnel autorisé. Les locaux de la PUI sont exclusivement réservés à ce service. Le transport et l'acheminement des produits vers les unités de soins se font par l'intermédiaire de conditionnements sécurisés. La rétrocession de médicaments est effectuée dans des conditions qui assurent la confidentialité et la traçabilité de cette pratique. La dispensation des stupéfiants est conforme à la législation en vigueur. Des approvisionnements en urgence sont possibles. L'analyse pharmaceutique concerne l'ensemble des prescriptions qui sont transmises à la PUI. Les conditions de stockage des produits et la gestion des péremptions sont définies. Les dotations globales sont limitées. La dispensation individuelle concerne la majorité des prescriptions. Cependant, lorsque les prescriptions ne sont pas effectuées sur le logiciel informatique retenu par la majorité des services, la validation de la prescription peut être différée. Ce délai peut atteindre 24 heures dans de rares situations. L'accès à la PUI n'est que partiellement sécurisé. Pour autant, la PUI présente une première porte avec sonnette, fermée à clef en dehors des heures d'ouverture, puis un guichet fermé avec sonnette délimitant une zone de réception pour le public et le personnel.

	En grande partie	Aucune personne non invitée n'a accès au local. Dans de rares situations, lors de la visite de certification, l'accès aux armoires stockant les produits pharmaceutiques dans les services n'était pas sécurisé (armoires non fermées à clé, accès au local non surveillé). Lors de la visite, la température du congélateur était relevée, mais n'était pas tracée. De même, si la température de la chambre froide était tracée, peu d'informations ont été communiquées aux experts-visiteurs sur le système d'alarme en cas de panne. Les procédures rédigées en cas d'alertes descendantes de l'AFSSAPS ne précisent que partiellement les actions à mettre en oeuvre à cette occasion.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	Des procédures et protocoles précisent les règles d'administration des médicaments. Ces documents sont disponibles et actualisés. La traçabilité de l'administration est définie dans la majorité des situations. Dans de rares situations, pour les patients admis via le service des urgences, la traçabilité de l'administration n'est pas définie. De même, l'autonomie ou non du patient dans la prise de son traitement sans supervision par le personnel soignant et les motifs d'une telle décision ne sont que rarement tracés.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Des informations sont diffusées lors des COMEDIMS. Les principales dispositions de l'arrêté du 6 avril 2011, relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, ont été décrites lors d'une réunion du COMEDIMS. Les événements indésirables déclarés potentiellement liés aux médicaments sont analysés. Des informations sont assurées dans les services par les praticiens dans certaines situations. Des EPP portent sur les risques d'erreurs médicamenteuses : pertinence de la prescription de Kaskadil, revue des événements indésirables associés aux médicaments et dispositifs médicaux implantables (REMEDI), pertinence de la prescription de Perfalgan, prise en charge médicamenteuse de la personne

	En grande partie	âgée. Une journée d'information destinée à l'ensemble du personnel s'est déroulée en décembre 2010. Cependant, ces actions ont été soit ponctuelles, même s'il est prévu de les renouveler (information par un intervenant extérieur), soit récentes. Ces actions ont concerné la majorité des services. Elles ne concernaient pas, lors de la visite, l'ensemble de l'établissement. Les demandes en ce domaine n'ont été que partiellement évaluées.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	En grande partie	Actuellement, l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse, de la prescription à l'administration, est effective dans l'ensemble de l'établissement, à l'exception de 3 services.
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	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 88 % pour la campagne 2010.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique complète de toutes les prescriptions reçues à la pharmacie est effective, quel que soit le support utilisé (informatique et papier). Les antibiotiques à large spectre, les molécules dites onéreuses, les produits prescrits sur support informatique, font l'objet d'une délivrance nominative. La validation des prescriptions donne lieu à une dispensation nominative, à l'exception des services pour lesquels cette validation est faite avec un certain délai (prescriptions sur support papier).
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Une unité de reconstitution des cytostatiques suit les bonnes pratiques de préparation pour les anticancéreux. L'ensemble des étapes de ces reconstitutions est tracée. D'autres préparations magistrales, principalement à base d'huiles, sont aussi réalisées et tracées à la PUI.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	Les professionnels de santé donnent une information aux patients au cas par cas. Cette démarche n'est structurée que dans certaines situations (diabète par exemple). La traçabilité de l'information donnée aux patients est partielle.

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	A l'exception de 3 services, la prise en charge médicamenteuse est intégralement effectuée sur support informatique. L'administration est tracée sur ce support unique par du personnel habilité, au moment de la prise. Dans les autres situations, rarement, l'administration des médicaments peut ne pas être assurée. Dans de rares services, il persiste quelques confusions entre la distribution et l'administration.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Le CBUM signé depuis 2006 avec les tutelles comprend la réalisation d'audits. Ceux-ci ont été réalisés : chimiothérapie, traitements personnels des patients, analyse pharmaceutique, dispensation des médicaments, livraisons et transports des produits pharmaceutiques. Le dispositif d'évaluation est coordonné.
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Plusieurs audits consacrés aux différentes étapes du circuit du médicament, dont l'administration, ont été réalisés. Un suivi des règles de prescription est réalisé lors du recueil annuel des indicateurs IPAQSS. Ces actions sont coordonnées. Les résultats de ces évaluations sont diffusés aux instances et aux professionnels concernés.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	La validation pharmaceutique des prescriptions est effectuée par la pharmacie. Les consommations des principales classes de produits sont suivies, principalement pour certains antibiotiques et pour les molécules onéreuses. Le déploiement de la délivrance nominative des médicaments permet de suivre plus précisément certaines situations. Les résultats de ces suivis sont présentés aux professionnels concernés. Ces actions ne concernent que la majorité des principales classes thérapeutiques auxquelles l'établissement a recours.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	En grande partie	Les professionnels concernés : médecins, soignants et pharmaciens, recueillent et analysent les erreurs médicamenteuses observés dans leur pratique dans la majorité des secteurs. Une procédure précise les conditions

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	En grande partie	d'analyse des erreurs médicamenteuses potentielles. Le COMEDIMS assure l'analyse des observations qui lui sont communiquées. Cependant, cette démarche est récente, et n'est pas déployée dans l'ensemble des secteurs d'activité.
	Oui	Les évaluations effectuées, la validation des prescriptions, les audits réalisés, ainsi que les déclarations d'événements indésirables potentiels, ont permis de mettre en place un système d'analyse des erreurs associé à une rétro-information des professionnels. Les informations sont diffusées par le COMEDIMS.



## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a - Soins de suite et/ou de réadaptation**  
**Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient**



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

L'établissement a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans le cadre du projet d'établissement 2011-2015. Les grands axes d'amélioration qui ont été définis sont, entre autres, la poursuite de la sécurisation du circuit des produits pharmaceutiques sur l'ensemble de la prise en charge thérapeutique, par l'informatisation du circuit du médicament (prescription, dispensation et administration des traitements), le bon usage des antibiotiques, la dispensation individuelle nominative. Les engagements et les rapports annuels du Contrat de Bon Usage du Médicament (CBUM) ont décliné ces axes de travail. Conformément aux plans d'actions qui ont été définis, les avancées des travaux sont présentées en COMEDIMS. Une convention de sous-traitance de la préparation des chimiothérapies a été signée et est fonctionnelle depuis l'année 2010. Par ailleurs, l'accent est également porté sur le suivi des événements indésirables et des erreurs associés aux produits pharmaceutiques.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est formalisé dans le projet d'établissement. Ce projet est intégré au schéma directeur du système d'informatisation de l'établissement. Le déploiement du projet est planifié.
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	Des procédures « Circuit des médicaments en prescription nominative informatique », « Validation pharmaceutique complète d'une prescription (hors chimiothérapie) », entre autres, définissent les règles et supports de prescription au sein de l'établissement. Un travail est en cours afin de définir les conditions de prescription de certains médicaments chez les patients âgés de 75 ans et plus. Sur le support informatique, les règles de prescription sont validées. Ce support est utilisé pour les prescriptions en SSR. Il existe une procédure dégradée sur support papier en cas de dysfonctionnement du système informatique, ou lors de la présence de personnels non formés pour l'outil informatique.
Des outils d'aide actualisés et validés sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des outils d'aide à la prescription validés par le COMEDIMS sont mis à disposition des professionnels : livret thérapeutique, protocoles, dictionnaires Vidal récents, logiciel d'aide à la prescription intégré au support informatique (Thériaque). Ces supports sont actualisés en fonction des évolutions des connaissances et de la pharmacopée.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	La gestion des traitements personnels est définie dans une procédure. Les ordonnances de sortie prennent en compte les traitements antérieurs à l'hospitalisation. L'intégralité de la prescription est validée par la PUI. En cas de transfert, les produits pharmaceutiques nécessaires à la continuité du traitement sont délivrés au patient si besoin.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	En grande partie	L'accès de la pharmacie est limité au seul personnel autorisé. Les locaux de la PUI sont exclusivement réservés à ce service. Le transport et l'acheminement des produits vers les unités de soins se fait par l'intermédiaire de

En grande partie		conditionnements sécurisés. La rétrocession de médicaments est effectuée dans des conditions qui assurent la confidentialité et la traçabilité de cette pratique. La dispensation des stupéfiants est conforme à la législation en vigueur. Des approvisionnements en urgence sont possibles. L'analyse pharmaceutique concerne l'ensemble des prescriptions qui sont transmises à la PUI. Les conditions de stockage des produits et la gestion des péremptions sont définies. Les dotations globales sont limitées. La dispensation individuelle concerne la majorité des prescriptions. Cependant, lorsque les prescriptions ne sont pas effectuées sur le logiciel informatique retenu par la majorité des services, la validation de la prescription peut être différée. Ce délai peut atteindre 24 heures dans de rares situations. L'accès à la PUI n'est que partiellement sécurisé. Pour autant, la PUI présente une première porte avec sonnette, fermée à clef en dehors des heures d'ouverture, puis un guichet fermé avec sonnette délimitant une zone de réception pour le public et le personnel. Aucune personne non invitée n'a accès au local. Lors de la visite, la température du congélateur était relevée, mais n'était pas tracée. De même, si la température de la chambre froide était tracée, peu d'informations ont été communiquées aux experts-visiteurs sur le système d'alarme en cas de panne. Les procédures rédigées en cas d'alertes descendantes de l'AFSSAPS ne précisent que partiellement les actions à mettre en oeuvre à cette occasion.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Que ce soit sur le support informatique ou sur le support papier, les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'administration est réalisée.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	L'ensemble du personnel médical et soignant est sensibilisé au risque d'erreurs médicamenteuses, par l'intermédiaire de formations et/ou d'informations suivies en externe (DU, EPU, congrès) ou en interne. Des informations sont diffusées lors des COMEDIMS. Les principales dispositions de l'arrêté du 6 avril 2011, relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, ont été décrites lors d'une réunion du COMEDIMS. Les événements indésirables déclarés potentiellement liés aux médicaments sont analysés. Des EPP portent sur les risques d'erreurs médicamenteuses : revue des événements indésirables associés aux médicaments et dispositifs médicaux implantables (REMEDI), pertinence de la prescription de Perfalgan, prise en charge médicamenteuse de la personne âgée. Une journée d'information destinée à l'ensemble du personnel s'est déroulée en décembre 2010.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse, de la prescription à l'administration, est engagée et effective. Des procédures dégradées ont été définies en cas de dysfonctionnement du système informatique.
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	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 100 % pour la campagne 2010.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique complète de toutes les prescriptions reçues à la pharmacie est effective, quel que soit le support utilisé : informatique et papier. Les antibiotiques à large spectre, les molécules dites onéreuses, les produits prescrits sur support informatique, font l'objet d'une délivrance nominative. La validation des prescriptions donne lieu à une dispensation globale, due, entre autres, à l'éloignement géographique du SSR qui n'est pas situé sur le même site que la PUI. Les piluliers individuels sont préparés par la suite dans le service.

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les professionnels de santé donnent une information aux patients au cas par cas. Cette démarche est structurée dans la majorité des situations. La traçabilité de l'information donnée aux patients est assurée.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée sur le support unique informatique ou sur le support papier lors de la prise effective des traitements par les IDE.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Le CBUM signé depuis 2006 avec les tutelles comprend la réalisation d'audits. Ceux-ci ont été réalisés : traitements personnels des patients, analyse pharmaceutique, dispensation des médicaments, livraisons et transports des produits pharmaceutiques. Le dispositif d'évaluation est coordonné.
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Plusieurs audits consacrés aux différentes étapes du circuit du médicament, dont l'administration, ont été réalisés. Un suivi des règles de prescription est réalisé lors du recueil annuel des indicateurs IPAQSS. Ces actions sont coordonnées. Les résultats de ces évaluations sont diffusés aux instances et aux professionnels concernés.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	La validation pharmaceutique des prescriptions est effectuée par la pharmacie. Les consommations des principales classes de produits sont suivies, principalement pour certains antibiotiques et pour les molécules onéreuses. Les résultats de ces suivis sont présentés aux professionnels concernés. Une EPP consacrée à la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé de 75 ans et plus est en cours. Une liste des produits dont la prescription chez ces patients devait donner lieu à une surveillance accrue a été

	En grande partie	établie. Ces actions ne concernent que la majorité des principales classes thérapeutiques auxquelles l'établissement a recours.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	En grande partie	Les professionnels concernés : médecins, soignants et pharmaciens, recueillent et analysent les erreurs médicamenteuses observés dans leur pratique. Une procédure précise les conditions d'analyse des erreurs médicamenteuses potentielles. Le COMEDIMS assure l'analyse des observations qui lui sont communiquées. Cependant, la formalisation de cette démarche est récente, d'où un nombre peu élevé de cas étudiés.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Les évaluations effectuées, la validation des prescriptions, les audits réalisés, ainsi que les déclarations d'événements indésirables potentiels, ont permis de mettre en place un système d'analyse des erreurs associé à une rétro-information des professionnels. Les informations sont diffusées par le COMEDIMS.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

L'établissement a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans le cadre du projet d'établissement 2011-2015. Les grands axes d'amélioration qui ont été définis sont, entre autres, la poursuite de la sécurisation du circuit des produits pharmaceutiques sur l'ensemble de la prise en charge thérapeutique, par l'informatisation du circuit du médicament (prescription, dispensation et administration des traitements), le bon usage des antibiotiques, la dispensation individuelle nominative. Les engagements et les rapports annuels du Contrat de Bon Usage du Médicament (CBUM) ont décliné ces axes de travail. Conformément aux plans d'actions qui ont été définis, les avancées des travaux sont présentées en COMEDIMS. Une convention de sous-traitance de la préparation des chimiothérapies a été signée et est fonctionnelle depuis l'année 2010. Par ailleurs, l'accent est également porté sur le suivi des événements indésirables et des erreurs associés aux produits pharmaceutiques.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est formalisé dans le projet d'établissement. Ce projet est intégré au schéma directeur du système d'informatisation de l'établissement. Le déploiement du projet est planifié.
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	Des règles et des supports validés de prescription ont été mis en place pour l'ensemble des prescripteurs. Le principe de base est la prescription sur un support unique : le support informatique, accessible pour le personnel autorisé. Il existe des procédures dégradées pour les situations suivantes : dysfonctionnement informatique, recours au personnel intérimaire.
Des outils d'aide actualisés et validés sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des outils d'aide à la prescription validés par le COMEDIMS sont mis à disposition des professionnels : livret thérapeutique, protocoles, dictionnaires Vidal récents, logiciel d'aide à la prescription intégré au support informatique (Thériaque). Ces supports sont actualisés en fonction des évolutions des connaissances et de la pharmacopée.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	La gestion des traitements personnels est définie dans une procédure. Les ordonnances de sortie prennent en compte les traitements antérieurs à l'hospitalisation. L'intégralité de la prescription est validée par la PUI. En cas de transfert, les produits pharmaceutiques nécessaires à la continuité du traitement sont délivrés au patient si besoin. Cependant, les sorties sont rares en SLD.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	Oui	L'accès de la pharmacie est limité au seul personnel autorisé. Les locaux de la PUI sont exclusivement réservés à ce service. Le transport et l'acheminement des produits vers les unités de soins se fait par l'intermédiaire de conditionnements sécurisés. La rétrocession de médicaments est effectuée dans des conditions qui assurent la confidentialité et la traçabilité de cette pratique. La dispensation des stupéfiants est conforme à la législation en vigueur. Des approvisionnements en urgence sont possibles.



	Oui	L'analyse pharmaceutique concerne l'ensemble des prescriptions qui sont transmises à la PUI. Les conditions de stockage des produits et la gestion des péremptions sont définies. Les dotations globales sont limitées. La dispensation individuelle concerne la majorité des prescriptions. Cependant, lorsque les prescriptions ne sont pas effectuées sur le logiciel informatique retenu par la majorité des services, la validation de la prescription peut être différée. Ce délai peut atteindre 24 heures dans de rares situations. L'accès à la PUI n'est que partiellement sécurisé. Pour autant, la PUI présente une première porte avec sonnette, fermée à clef en dehors des heures d'ouverture, puis un guichet fermé avec sonnette délimitant une zone de réception pour le public et le personnel. Aucune personne non invitée n'a accès au local. Lors de la visite, la température du congélateur était relevée, mais n'était pas tracée. De même, si la température de la chambre froide était tracée, peu d'informations ont été communiquées aux experts-visiteurs sur le système d'alarme en cas de panne. Les procédures rédigées en cas d'alertes descendantes de l'AFSSAPS ne précisent que partiellement les actions à mettre en oeuvre à cette occasion.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Que ce soit sur le support informatique ou sur le support papier, les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'administration est réalisée.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	L'ensemble du personnel médical et soignant est sensibilisé au risque d'erreurs médicamenteuses, par l'intermédiaire de formations et/ou d'informations suivies en externe (DU, EPU, congrès) ou en interne. Des informations sont diffusées lors des COMEDIMS. Les principales dispositions de l'arrêté du 6 avril 2011, relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, ont été décrites lors d'une réunion

	Oui	du COMEDIMS. Les événements indésirables déclarés potentiellement liés aux médicaments sont analysés. Des EPP portent sur les risques d'erreurs médicamenteuses : revue des événements indésirables associés aux médicaments et dispositifs médicaux implantables (REMEDI), pertinence de la prescription de Perfalgan, prise en charge médicamenteuse de la personne âgée. Une journée d'information destinée à l'ensemble du personnel s'est déroulée en décembre 2010.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse, de la prescription à l'administration, est engagée et effective. Des procédures dégradées ont été définies en cas de dysfonctionnement du système informatique.
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	En grande partie	Les prescriptions sont effectuées sur le support informatique, sauf en cas de dysfonctionnement du système informatique, ou lorsque le personnel n'est pas formé à cet outil. Le support informatique permet de contrôler le respect des règles de prescription. Un audit sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est en cours de réalisation dans le secteur gériatrique. Certains résidents du SLD ont été inclus dans cet audit.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique complète de toutes les prescriptions reçues à la pharmacie est effective, quel que soit le support utilisé : informatique et papier. Les antibiotiques à large spectre, les molécules dites onéreuses, les produits prescrits sur support informatique, font l'objet d'une délivrance nominative. La validation des prescriptions donne lieu à une dispensation globale, due, entre autres, à l'éloignement géographique du SLD qui n'est pas situé sur le même site que la PUI. Les piluliers individuels sont préparés par la suite dans le service.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	

Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les professionnels de santé donnent une information aux résidents au cas par cas. Cette démarche est structurée dans la majorité des situations. La traçabilité de l'information donnée aux résidents ou à leur famille est assurée.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du résident est assurée sur le support unique informatique ou sur le support papier lors de la prise effective des traitements, par les IDE.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Le CBUM signé depuis 2006 avec les tutelles comprend la réalisation d'audits. Ceux-ci ont été réalisés : traitements personnels des patients, analyse pharmaceutique, dispensation des médicaments, livraisons et transports des produits pharmaceutiques. Le dispositif d'évaluation est coordonné.
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Plusieurs audits consacrés aux différentes étapes du circuit du médicament, dont l'administration, ont été réalisés. Un suivi des règles de prescription est réalisé lors du recueil annuel des indicateurs IPAQSS. Ces actions sont coordonnées. Les résultats de ces évaluations sont diffusés aux instances et aux professionnels concernés.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	La validation pharmaceutique des prescriptions est effectuée par la pharmacie. Les consommations des principales classes de produits sont suivies, principalement pour certains antibiotiques et pour les molécules onéreuses. Les résultats de ces suivis sont présentés aux professionnels concernés. Ces actions ne concernent que la majorité des principales classes thérapeutiques auxquelles l'établissement a recours.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	En grande partie	Les professionnels concernés : médecins, soignants et pharmaciens, recueillent et analysent les erreurs médicamenteuses observés dans leur pratique dans la majorité des secteurs. Une procédure précise les conditions d'analyse des erreurs médicamenteuses potentielles. Le

	En grande partie	COMEDIMS assure l'analyse des observations qui lui sont communiquées. Cependant, cette démarche est récente, et n'est pas déployée dans l'ensemble des secteurs d'activité.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Les évaluations effectuées, la validation des prescriptions, les audits réalisés, ainsi que les déclarations d'événements indésirables potentiels, ont permis de mettre en place un système d'analyse des erreurs associé à une rétro-information des professionnels. Les informations sont diffusées par le COMEDIMS.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a - Hospitalisation à domicile**  
**Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient**



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

L'établissement a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans le cadre du projet d'établissement 2011-2015. Les grands axes d'amélioration qui ont été définis sont, entre autres, la poursuite de la sécurisation du circuit des produits pharmaceutiques sur l'ensemble de la prise en charge thérapeutique, par l'informatisation du circuit du médicament (prescription, dispensation et administration des traitements), le bon usage des antibiotiques, la dispensation individuelle nominative. Les engagements et les rapports annuels du Contrat de Bon Usage du Médicament (CBUM) ont décliné ces axes de travail. Conformément aux plans d'actions qui ont été définis, les avancées des travaux sont présentées en COMEDIMS. Une convention de sous-traitance de la préparation des chimiothérapies a été signée et est fonctionnelle depuis l'année 2010. Par ailleurs, l'accent est également porté sur le suivi des événements indésirables et des erreurs associés aux produits pharmaceutiques.

<p>Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier, est défini.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse ne concernait, lors de la visite, que la prescription de sortie effectuée par le service clinique de l'établissement qui précédait la mutation du patient en HAD, ainsi que la dispensation nominative. Toutes les prescriptions sont validées sur l'ordonnance de ville par la PUI avant dispensation. Cependant, les ordonnances rédigées par le médecin traitant ne sont pas saisies sur un support informatique, et l'administration des médicaments n'est pas informatisée. Devant les contraintes logistiques et techniques, le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse n'a pas inclus l'HAD.</p>
<p>Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'informatisation des prescriptions, lors de la visite, ne concernait pas les prescriptions rédigées par les médecins de ville qui assurent la prise en charge en HAD. Ces prescriptions rédigées sur support papier sont revues hebdomadairement pour validation par le médecin coordonnateur de l'HAD de l'établissement, et sont validées systématiquement par un pharmacien de la PUI sur support papier avant dispensation. Le personnel soignant qui assure les soins hors de l'établissement doit retranscrire les prescriptions sur un support papier, et les fait certifier par le médecin de ville (tampon médecin). La procédure relative au circuit des produits pharmaceutiques au HAD prévoit cette étape. Les règles et supports sont clairement définis dans la procédure relative au circuit des produits pharmaceutiques en HAD, diffusée le 20 mai 2011.</p>
<p>Des outils d'aide actualisés et validés sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le personnel de l'HAD bénéficie des mêmes prestations que l'ensemble du personnel de l'établissement. L'HAD n'avait pas, lors de la visite de certification, recours aux infirmières exerçant en libéral. Les praticiens de ville sont les seuls libéraux qui soient associés à l'HAD de l'établissement. Un document écrit atteste de leur engagement dans la prise en charge des patients. Ce document est accompagné d'une présentation de l'HAD. Lors de la visite, un document relatif aux prescriptions médicamenteuses chez les sujets de 75</p>

	En grande partie	ans et plus était rédigé, mais n'était pas encore diffusé. Des prescriptions hors livret thérapeutique sont observées, mais non décomptées.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	La continuité du traitement médicamenteux est assurée par le médecin coordonnateur de l'HAD qui valide les prescriptions de sortie de l'établissement, ainsi que les renouvellements d'ordonnance. Ce praticien est également le correspondant des praticiens libéraux qui assurent le suivi des patients. La dispensation des médicaments est assurée par la pharmacie.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	En grande partie	Les prescriptions validées, la PUI prépare les piluliers individuels, journaliers ou hebdomadaires. Ces piluliers sont acheminés puis laissés au domicile des patients par les infirmières de l'HAD. L'accès de la pharmacie est limité au seul personnel autorisé. Les locaux de la PUI sont exclusivement réservés à ce service. Le transport et l'acheminement des produits vers les unités de soins se font par l'intermédiaire de conditionnements sécurisés. La rétrocession de médicaments est effectuée dans des conditions qui assurent la confidentialité et la traçabilité de cette pratique. La dispensation des stupéfiants est conforme à la législation en vigueur. Des approvisionnements en urgence sont possibles. L'analyse pharmaceutique concerne l'ensemble des prescriptions qui sont transmises à la PUI. Les conditions de stockage des produits et la gestion des péremptions sont définies. Les dotations globales sont limitées. La dispensation individuelle concerne la majorité des prescriptions. Cependant, lorsque les prescriptions ne sont pas effectuées sur le logiciel informatique retenu par la majorité des services, la validation de la prescription peut être différée. Ce délai peut atteindre 24 heures dans de rares situations. L'accès à la PUI n'est que partiellement sécurisé. Pour autant, la PUI présente une première porte avec sonnette, fermée à clef en dehors des heures d'ouverture, puis un guichet fermé avec sonnette délimitant

	En grande partie	une zone de réception pour le public et le personnel. Aucune personne non invitée n'a accès au local. Dans de rares situations, lors de la visite de certification, l'accès aux armoires stockant les produits pharmaceutiques dans les services n'était pas sécurisé (armoires non fermées à clé, accès au local non surveillé). Lors de la visite, la température du congélateur était relevée, mais n'était pas tracée. De même, si la température de la chambre froide était tracée, peu d'informations nous ont été communiquées sur le système d'alarme en cas de panne. Les procédures rédigées en cas d'alertes descendantes de l'AFSSAPS ne précisent que partiellement les actions à mettre en oeuvre à cette occasion.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Partiellement	Des procédures et protocoles précisent les règles d'administration des médicaments. Ces documents sont disponibles et actualisés. La traçabilité de l'administration est définie dans la majorité des situations. Cependant, en HAD, les prescriptions sont retranscrites par le personnel soignant, du fait de la non utilisation par les médecins de ville des supports hospitaliers. Dans certaines situations d'urgence, l'administration donne lieu à des modifications de posologie validées systématiquement téléphoniquement par le médecin. De même, l'autonomie ou non du patient dans la prise de son traitement sans supervision par le personnel soignant et les motifs d'une telle décision ne sont que rarement tracés.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Partiellement	Des informations sont diffusées lors des COMEDIMS. Les principales dispositions de l'arrêté du 6 avril 2011, relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, ont été décrites lors d'une réunion du COMEDIMS. Les événements indésirables déclarés potentiellement liés aux médicaments sont analysés. Des informations sont assurées par les praticiens dans certaines situations. Cependant, la diffusion de ces informations



	Partiellement	auprès des intervenants extérieurs est partielle.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée pour la validation de la prescription hospitalière, les renouvellements et modifications de traitements, ainsi que la dispensation.
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	En grande partie	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 73 % pour la campagne 2010.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	Toutes les prescriptions sont validées individuellement par la PUI, avant une délivrance nominative de l'ensemble des médicaments.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	L'information est réalisée par les praticiens hospitaliers ou libéraux en charge du patient, ou par le personnel de l'HAD. Toutefois, l'information n'est que rarement tracée dans les dossiers de l'HAD.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Les médicaments administrés sont tracés sur les feuilles de soins qui sont intégrées au dossier du patient. Cependant, rarement, certaines administrations sont tracées sans que les intervenants ne soient identifiables, et certaines posologies sont modifiées sans validation. Les médicaments administrés hors de la présence du personnel de l'HAD ne sont pas tracés, sauf les stupéfiants.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, est réalisé.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>2 audits relatifs au circuit du médicament ont été réalisés au début de l'année 2011. Un de ces audits portait sur la prescription en HAD, le second sur l'administration. Il s'agissait des premiers audits réalisés pour ce type de prise en charge. La démarche est engagée, mais ne permet pas d'observer une évolution en l'absence de résultats antérieurs.</p>
<p>Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>2 audits relatifs au circuit du médicament ont été réalisés au début de l'année 2011. Un de ces audits a porté sur l'administration en HAD. Il s'agissait du premier audit réalisé pour ce type de prise en charge sur ce thème. La démarche est engagée, mais ne permet pas d'observer une évolution en l'absence de résultats antérieurs.</p>
<p>Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les prescriptions sont validées par la PUI. Le médecin coordonnateur de l'HAD valide les ordonnances de sortie du MCO, puis, par la suite, hebdomadairement les prescriptions issues de la médecine de ville. Ces pratiques ont abouti à la rédaction d'une liste de produits dont la prescription devrait être plus étroitement surveillée chez les patients âgés de 75 ans et plus. Cette liste n'avait pas été diffusée lors de la visite de certification.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le médecin coordonnateur de l'HAD valide les ordonnances de sortie du MCO, puis, par la suite, hebdomadairement, les prescriptions. Le COMEDIMS analyse les erreurs médicamenteuses potentielles qui sont portées à sa connaissance. Les intervenants concernés, extérieurs ou hospitaliers, peuvent être contactés en ces occasions.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées (CBUM, REMED). Les analyses et les actions menées sont accompagnées d'une rétro-information de l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des patients.</p>

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20.b - Court Séjour Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Une réflexion est menée dans l'établissement sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.

En grande partie

Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.

En grande partie

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

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

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Une réflexion est menée dans l'établissement sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.

En grande partie

Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.

En grande partie

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

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

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Une réflexion est menée dans l'établissement sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.

En grande partie

Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.

En grande partie

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

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



## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20.b - Hospitalisation à domicile Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Une réflexion est menée dans l'établissement sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.

En grande partie

Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.

En grande partie

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

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

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

### Critère 21.a - Court Séjour

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les 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.

En grande partie

Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.

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 œuvre.	Oui	

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

### Critère 21.a - Soins de suite et/ou de réadaptation Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les 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.

En grande partie

Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.

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 œuvre.	Oui	

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

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

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les 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.

En grande partie

Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.

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 œuvre.	Oui	



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

### Critère 21.a - Hospitalisation à domicile

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les 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.

En grande partie

Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.

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 œuvre.	Oui	

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

### Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Les secteurs développent un système de management de la qualité.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Le guide de bonne exécution des analyses est mis en oeuvre.

Oui

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

Les activités de biologie font l'objet d'une procédure d'évaluation externe de la qualité.

En grande partie

Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activités, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements sentinelles, délais, non-conformités) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
--	-----	--

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

### Critère 22.a - Court Séjour

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

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 œuvre.	En grande partie	

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

### Critère 22.a - Soins de suite et/ou de réadaptation Demande d'examen et transmission des résultats

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

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 œuvre.	En grande partie	



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

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

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

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 œuvre.	En grande partie	

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

### Critère 22.a - Hospitalisation à domicile Demande d'examen et transmission des résultats

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

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 œuvre.	En grande partie	

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

### Critère 22.b 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

B

### 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.

Non

Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais, non-conformités), est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	
--	------------------	--

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

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

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Des activités d'éducation thérapeutique, impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les représentants des patients, sont mises en oeuvre.

En grande partie

Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP.

En grande partie

Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	En grande partie	
Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage par les professionnels au cours de la démarche éducative.	En grande partie	
<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 23: L'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage**

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

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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.

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Des activités d'éducation thérapeutique, impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les représentants des patients, sont mises en oeuvre.

En grande partie

Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP.

En grande partie

Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	En grande partie	
Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage par les professionnels au cours de la démarche éducative.	En grande partie	
<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.	Non	

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

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

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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.

Partiellement

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Des activités d'éducation thérapeutique, impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les représentants des patients, sont mises en oeuvre.

En grande partie

Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP.

En grande partie

Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	En grande partie	
Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage par les professionnels au cours de la démarche éducative.	En grande partie	
<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.	Partiellement	

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

**Critère 23.a - Hospitalisation à domicile  
Education thérapeutique du patient**

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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.

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Des activités d'éducation thérapeutique, impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les représentants des patients, sont mises en oeuvre.

En grande partie

Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP.

En grande partie

Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	Partiellement	
Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage par les professionnels au cours de la démarche éducative.	Partiellement	
<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 24.a - Court Séjour**  
**Sortie du patient**



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	



## Référence 24: La sortie du patient

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



### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

## Référence 24: La sortie du patient

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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

## Référence 24: La sortie du patient

### Critère 24.a - Hospitalisation à domicile Sortie du patient



## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

En grande partie

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 9 % avec un intervalle de confiance à 95 % de [1 % - 17 %] 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	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée et connue par les acteurs du territoire de santé.

Oui

L'accueil du patient aux urgences est un des axes d'amélioration cités dans le projet médical 2011-2015. Les modalités d'admission des patients à partir du service des urgences sont stipulées dans des contrats internes entre le service des urgences et les chefs de pôles cliniques en tenant compte des procédures d'admission en urgence propres aux services cliniques. La commission des admissions et des consultations non programmées se réunit plus de 4 fois par an pour traiter des modalités et problématiques liées aux venues non programmées au sein de l'hôpital. L'organisation des urgences prévoit l'accueil des populations vulnérables. L'accueil des populations défavorisées est formalisé avec le service social ainsi que leur hébergement post-hôpital (PASS mise en place en 99). La prise en charge psychiatrique est effective et formalisée également par la création de l'UPAUL (Unité Psychiatrique d'Accueil d'Urgence et de Liaison) en coopération avec le CH de Valvert.

Pour la gériatrie, l'équipe mobile de gériatrie (EMEG) met à notre disposition un praticien hospitalier à temps plein et



Oui	<p>une assistante sociale qui prennent en charge la personne âgée de plus de 75 ans. La communication sur l'organisation du réseau est formalisée : Il existe une fédération avec l'hôpital de La Ciotat, un réseau d'urgences coronariennes avec la Casamance, un réseau AVC avec la Timone. Un contrat relais est établi avec l'APHM pour le placement des patients selon les spécialités. Une convention avec le service départemental d'incendie et de secours est signée. Une convention avec le SAMU centre 15 pour la régulation et la prise en charge des urgences pré-hospitalières a été signée également ; une convention SMUR pédiatrique avec la Timone enfants et le SAMU 13. * Urgences maternité : Il existe une convention de prise en charge des patients à risque avec le réseau PERINAT SUD et la cellule de régulation pour les transferts urgents vers les maternités de niveau II ou III :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- travail en collaboration avec le SMUR pédiatrique pour les transferts de nouveau-nés à risque ;</li> <li>- travail en collaboration avec l'unité parents-bébé du CAMSP (UPB) et le C.H. VALVERT pour les urgences d'ordre psychologiques ou psychiatriques. * Urgences pédiatriques : L'accueil médical et paramédical des urgences pédiatriques est défini par des règles d'organisation internes, avec la mise en place de tableaux de garde, d'affectation d'activité pédiatrique et de sectorisation paramédicale. Des organisations existent :</li> <li>- avec les autres sites d'urgence n'ayant pas d'accueil pédiatrique (CH La Ciotat) ;</li> <li>- avec le centre de régulation SAMU ;</li> <li>- avec le Centre Hospitalier de Valvert, urgences psychiatriques.</li> </ul> <p>Des organisations et conventions sont définies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avis spécialisés extérieurs : ils sont organisés avec les urgences pédiatriques de CHU Timone sauf pour les avis ophtalmologiques, qui sont régulés selon un tableau de garde d'ophtalmologie (Hôpital Nord et CHU Timone) ;</li> <li>- avis spécialisés pédopsychiatriques de l'adolescent, procédure définie : aux heures ouvrables, évaluation par</li> </ul>
-----	---

	Oui	<p>l'équipe de pédopsychiatrie (ASA) intervenant à la demande dans le service, sur la garde ou en cas d'absence de l'équipe de pédopsychiatrie, si évaluation en urgence nécessaire, avis psychiatrique réalisée sur le CH Valvert ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- transferts : transferts médicalisés néonataux et pédiatriques, après régulation par le SAMU, sur les Centres de référence CHU Timone, La Conception et Hôpital Saint-Joseph.</li> </ul>
<p>Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.</p>	Oui	<p>Le recours aux avis spécialisés est organisé. Le service des urgences a le planning hebdomadaire des médecins de garde ou d'astreinte dans toutes les spécialités présentes dans l'établissement, et auxquels ils peuvent faire appel 24 h/24. Le service des urgences, les urgences pédiatriques et les urgences gynécologiques ont en outre un listing de spécialistes ou de recours à disposition, notamment au niveau de l'APHM pour des recours spécialisés dépassant les possibilités du centre hospitalier d'Aubagne. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour le service des urgences, le service de neurochirurgie de la Timone pour la neurochirurgie et le stroke center pour le neurovasculaire ;</li> <li>- pour les urgences maternité, le réseau PERINAT SUD donne la possibilité d'orienter les patientes vers des maternités de niveau II ou III ;</li> <li>- pour les urgences pédiatriques, des conventions sont mises en place avec le CHU de la Timone ou l'Hôpital Nord de Marseille.</li> </ul> <p>Dans tous les cas, la procédure d'appel est précisée.</p>
<p>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.).</p>	Oui	<p>* Urgences générales : L'accueil médical et paramédical des urgences est défini par le règlement de pôle. Le logiciel de traitement des urgences permet d'indiquer le degré d'urgence et de prioriser l'accueil des patients selon la gravité.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concernant la priorisation : le tri des urgences à l'accueil est fait par l'IAO selon des protocoles écrits qui précisent les différents niveaux de priorisation : soins immédiats, soins &lt; à 1 h, soins &gt; à 1 h.</li> </ul>

Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concernant la typologie des patients dont l'âge, toutes les urgences sont accueillies et enregistrées aux urgences adultes : <ul style="list-style-type: none"> <li>+ les prises en charge médicales des enfants sont orientées vers les urgences pédiatriques,</li> <li>+ les prises en charge chirurgicales des enfants sont organisées au niveau des urgences adultes, un box leur est plus particulièrement dédié,</li> <li>+ les prises en charge gynéco et maternité sont orientées sur les urgences gynéco-obstétricales,</li> <li>+ pour les prises en charge des personnes âgées, en cas de besoin, les urgentistes font appel à l'équipe mobile d'évaluation gériatrique (document de liaison). Selon, les besoins des patients âgés, l'admission en SSR peut se faire directement, à partir des urgences.</li> </ul> </li> <li>- Concernant l'autonomie des patients : <ul style="list-style-type: none"> <li>+ les patients couchés ont une entrée dédiée,</li> <li>+ les patients debout sont sur un circuit spécifique.</li> </ul> </li> <li>- Concernant les filières spécifiques : une prise en charge est organisée au sein des urgences, secteur UHCD, pour la prise en charge des personnes en fin de vie selon un protocole. En cas d'afflux massif, il est prévu que l'IOA déclenche une filière courte dans un box pour la traumatologie avec un binôme médecin/aide-soignant ou infirmier. Toutes les urgences sont accueillies et enregistrées aux urgences adultes. Puis, en fonction de la typologie et de l'âge, le patient est réorienté vers l'une des différentes filières de soins organisées que sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatrie (équipe de l'hôpital Valvert) ;</li> <li>- Gériatrie (équipe mobile de gériatrie) ;</li> <li>- Pédiatrie et gynécologie (prise en charge sur place selon les critères ou bien acheminement vers les services concernés) ;</li> <li>- Filières pour AVC, (lien avec la Timone), infarctus (Casamance).</li> </ul> </li> <li>* Urgence maternité : Les femmes enceintes de moins de 24 semaines sont reçues par un gynécologue, et au-delà de 24 semaines par une sage-femme. Les césariennes en urgence</li> </ul>
-----	---

	Oui	<p>se font soit au bloc d'accouchement, soit au bloc central selon l'avis de l'anesthésiste. En cas d'affluence à la maternité, il existe la possibilité d'héberger les accouchées en pédiatrie s'il reste des chambres. L'équipe de la maternité avec la cellule de régulation du réseau Périnat Sud organisent les transferts (de grossesses, accouchées ou patientes en début de travail) vers d'autres établissements en cas de manque de places.</p> <p>* Urgence pédiatrique : Les urgences pédiatriques sont toutes enregistrées au service des urgences. Les urgences pédiatriques traumatologiques hors traumatisme crânien sont vues au niveau du service des urgences générales. Toutes les autres urgences sont adressées au service d'urgences pédiatriques.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	Oui	<p>Le service des urgences est informé des lits disponibles dans les services cliniques 3 fois par jour (entre 8 h et 8 h 30, entre 13 h et 14 h, et à 18 h) par fax ou par téléphone selon une procédure écrite. L'IOA et le cadre du service sont responsables de ce recueil d'informations. Un tableau recensant les lits vacants, les hospitalisations des urgences vers les services, les transferts et le nombre de passages est transmis à la mi-journée à la direction de l'établissement.</p> <p>La gestion des lits de gynéco-obstétrique est réalisée au niveau régional pour toutes les maternités du réseau Périnat Sud.</p>
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	Oui	<p>* Urgences générales : Les personnels sont formés à l'organisation de l'accueil. Les fiches de poste et supports de formation sont à la disposition du personnel. Les IOA ont été formées à l'accueil et à l'orientation des urgences. Certaines, anciennes dans le service, n'ont pas bénéficié de formation initiale spécifique, mais de formation interne continue ayant conforté leur expérience professionnelle avec mise en place de supports de formation et de protocoles validés. Les autres ont reçu une formation spécifique. Les autres personnels ont été formés par ailleurs sur divers thèmes :</p>

<p>Oui</p>	<p>IOA, SMUR, les urgences pédiatriques, la gestion du stress. L'ensemble du personnel soignant a suivi la formation aux gestes d'urgence.</p> <p>* Urgence maternité : Des agents maternité ont été formés à la réanimation néonatale, à la gestion du stress, aux gestes et soins d'urgences, et prise en charge de la douleur. Les sages-femmes encadrent et forment les nouveaux personnels en fonction des différentes attentes du service.</p> <p>* Urgence pédiatrie : L'ensemble de l'équipe soignante a été formée dans le cadre des projets de service :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2004 : « Réflexion sur la place du soignant, acteur d'une équipe en interface avec un patient, une famille, du stress, de l'agressivité »,</li> <li>- 2005 : Formation « NRBC »,</li> <li>- 2005 : « Etre soignant face à l'adolescent en difficulté »,</li> <li>- 2009-2010 : « Formation aux gestes d'urgence en néonatalogie »,</li> <li>- Projet de service 2011 sur la réalisation d'une formation sur la communication et l'accueil.</li> </ul> <p>Des formations ont également été réalisées de manière individuelle, et sont prévues sur les plans de formation du CH Aubagne : Formations aux gestes et soins d'urgence. L'ensemble des effectifs est formé régulièrement à l'utilisation de l'outil informatique et au logiciel de gestion des entrées. Les formations, dont celles venant en appui de l'accueil et de l'orientation des patients, sont coordonnées au niveau de chaque pôle par le bureau de pôle (chef de pôle, cadre de pôle et cadres de santé du pôle) dans le cadre d'une enveloppe spécifique attribuée à chaque pôle. Le plan de formation du Pôle vient en appui du projet du pôle et du projet de soins, piloté par le coordonnateur général des soins. La coordination des formations sur le fond est assurée par le DRH et le coordonnateur général des soins, la logistique étant assurée par le service formation. Les formations sont tracées par le service formation auquel le cadre de pôle peut demander tout élément de synthèse en fonction des priorités et des projets à appuyer.</p>
------------	--

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).	En grande partie	Les patients connus des services peuvent être hospitalisés directement après avis et autorisation du chef de service. D'autres patients non connus du service peuvent être hospitalisés après demande du médecin traitant auprès d'un médecin du service et accord du chef de service. Enfin, certains patients peuvent être rajoutés en urgence sur le planning de consultation d'un service, et bénéficier d'une hospitalisation à l'issue le cas échéant. Néanmoins, il n'existe pas de procédure générale organisant l'offre spécifique pour la prise en charge des soins non programmés directement dans les services.
<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.	En grande partie	Il existe une traçabilité des heures d'arrivée, de passage et de sortie des patients. Le logiciel des urgences permet de tracer toutes ces données, et notamment de déterminer une priorité de prise en charge selon la gravité et le degré d'urgence par un code couleur affiché. Le dossier d'urgence pédiatrique permet d'enregistrer l'heure d'arrivée, l'heure de prise en charge médicale et l'heure de sortie. Depuis décembre 2010, la commission des admissions et consultations non programmées a réactivé une cellule de veille, et mis en place des indicateurs de tension (moins de 4 lits en médecine à 8H, pas de place en UHCD, minimum 3J de tension) au niveau du service des urgences et des services de soins. Dans ce cas, le cadre de santé des urgences ou, en son absence, un cadre de santé de pôle à la demande du coordonnateur général des soins passe dans chaque service pour examiner avec sa collègue cadre de santé et le chef de service la possibilité d'accélérer les sorties.
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	En grande partie	Il existe un recueil des événements indésirables sous forme de fiches de déclaration d'événement indésirable qui sont transmises au responsable qualité. Toutes plaintes relatives à la qualité de la prise en charge du patient, extraites de ces fiches, sont transmises pour analyse, par le médecin pour la partie médicale, par le cadre de santé pour la partie

<p>Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers, et mises en œuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>soignante. Ces derniers communiquent au responsable qualité les mesures prises pour éviter le renouvellement de ces plaintes ou dysfonctionnements. Il existe en outre un recensement de dysfonctionnements internes récurrents au pôle urgences mineurs qui ne sont pas transmis au responsable qualité, mais discutés et analysés au cours de réunions périodiques de pôle. Depuis janvier 2010, une RMM est organisée mensuellement aux urgences.</p> <p>Les RMM, les EPP comme prise en charge de l'AVC en phase aiguë, la prise en charge de la fin de vie aux urgences, participation à l'observatoire régional des urgences de la région PACA, conduisent à mettre en place des axes d'amélioration avec la participation des professionnels.</p>
--	-------------------------	---

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

**Critère 26.a**  
**Organisation du bloc opératoire**



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

**Cotation**

**B**

**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).

En grande partie

Le document formalisant l'organisation du bloc opératoire, en particulier la définition des circuits décrivant la prise en charge de patients par type de chirurgie, incluant la chirurgie ambulatoire, la chirurgie d'urgence, l'endoscopie et la surveillance post-interventionnelle, ainsi que les organisations induites en termes de personnel, matériel, déchets, est en cours de finalisation pour une validation par les instances. Une charte reprenant les points essentiels de cette organisation a été validée par les instances ; elle est affichée au bloc et portée à la connaissance de tous. Cette démarche est le résultat d'une conduite de projet de changement soutenue par l'ANAP. Seul le circuit d'entrée des patients au bloc opératoire en secteur chirurgical est individualisé. Pour la sortie, le circuit patient croise celui du linge propre et sale, celui des déchets et de l'approvisionnement des dispositifs médicaux. Des containers fermés sont utilisés pour ces transports. Les liaisons avec la stérilisation sont effectuées au moyen de monte-charges individualisés propre et sale.



<p>Les locaux et l'équipement sont conformes et font l'objet d'une démarche qualité.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Un plan de contrôle des installations des secteurs opératoires est en place. Des contrôles des équipements et locaux sont programmés tous les 3 mois en lien avec les services biomédical et technique. D'autres contrôles, extincteurs, sont programmés tous les ans ainsi qu'une désinfection des locaux et des gaines aérauliques. Les non-conformités et les dysfonctionnements font l'objet d'un plan de résolution au fur et à mesure de leur survenue. Des check-lists d'ouverture des salles sont utilisées. La qualité d'entretien des locaux est contrôlée par des prélèvements bactériologiques et des audits. L'équipement et le dimensionnement de la SSPI, 4 places, ne sont pas adaptés aux besoins. Un projet de travaux en vue d'une extension est prévu.</p>
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>La charte de fonctionnement de 2001 a été réactualisée en 2010 suite aux recommandations de l'ANAP ; elle a été validée par le conseil de bloc et les instances. Elle précise de manière synthétique les règles essentielles de fonctionnement du bloc opératoire : tenue, ordre de passage des patients, heure de départ et de fin de programme, respect des horaires par les intervenants, rôle du chef de bloc dans le déroulement du programme, respect des temps de nettoyage, modalités de prise en charge de l'urgence vitale et relative, modalités de gestion des absences.</p>
<p>L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une organisation est en place pour assurer la coordination entre les différents secteurs et les différents professionnels concernés par la prise en charge péri-opératoire. Cette coordination est réalisée au moyen d'un logiciel ; elle concerne le secteur d'anesthésie/réanimation, les unités de chirurgie, le secteur ambulatoire, la PUI. Une partie de cet échange d'informations a lieu chaque semaine au moment de l'élaboration du programme opératoire et quotidiennement pour sa mise à jour. Les modalités de l'échange d'information sont définies ; elles concernent le dossier patient, l'accès au logiciel de prescription et aux résultats des examens biologiques et radiologiques. Le</p>

	Oui	transport des médicaments, des dispositifs médicaux et des examens biologiques est organisé.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	En grande partie	Il existe un système d'information au bloc opératoire. A l'exception du lien avec le logiciel administratif d'identité du patient, celui-ci ne communique pas avec les autres systèmes d'information : données médicales, prescriptions des médicaments et DMI, résultats d'examens. Cependant, un lien informatique permet aux équipes du bloc opératoire d'y accéder. Un autre lien est établi avec le logiciel de stérilisation ; il permet d'assurer la traçabilité des dispositifs médicaux restérilisables. De même, les services de soins concernés ont accès au logiciel du bloc opératoire pour la partie qui les concerne, à savoir le programme opératoire et son actualisation. Un accès au site du service biomédical permet l'accès aux informations relatives aux matériels médicaux utilisés.
<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.	Oui	L'activité de régulation du bloc est assurée par le chef de bloc, le coordonnateur médical de bloc, le conseil de bloc et la cellule de programmation. Elle tient compte des ressources mobilisables, en particulier de l'effectif en médecins anesthésistes. Un responsable est identifié, il s'agit du cadre supérieur de santé. Le respect du programme est suivi grâce à l'informatisation du bloc qui assure une traçabilité en continu de l'avancement du programme, et permet, a posteriori, une analyse statistique. Les dysfonctionnements sont identifiés, suivis et traités en conseil de bloc. Il existe de feuilles de signalement d'événements indésirables qui sont à disposition des utilisateurs du bloc ; elles sont analysées périodiquement en conseil de bloc, et transmises pour résolution à la cellule qualité de l'établissement ou à la cellule qualité de bloc. Un suivi statistique est réalisé.

<p>Pour chaque intervention chirurgicale, la procédure de vérification de l'acte est mise en œuvre par un membre identifié de l'équipe opératoire.</p>	<p>Oui</p>	<p>La procédure de vérification de l'acte est disponible dans les secteurs opératoires ; elle est adaptée à la nature des actes effectués. La check-list sécurité du patient est utilisée depuis janvier 2010. Les modalités d'utilisation de celle-ci sont formalisées ; elles sont connues de tous. Son utilisation est placée sous la responsabilité des équipes IADE et IBODE. Les modalités de traçabilité de la vérification sont définies et appliquées.</p>
<p>La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a mis en place un dispositif permettant la traçabilité des DMI ; elle est réalisée dans les différents logiciels du système d'information : bloc opératoire, prescription, stérilisation et sur papier dans le cahier du bloc opératoire. Les check-lists d'ouvertures des salles sont tracées et enregistrées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur informatique pour les IBODE ;</li> <li>- sur des cahiers archivés pour les IADE.</li> </ul> <p>Les vérifications de maintenance sont archivées. Les carnets à souches d'anatomopathologie et la traçabilité du transport des pièces sont archivés. La check-list HAS et la feuille risque prion sont intégrées dans le dossier d'anesthésie.</p>
<p>Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les besoins en pratiques professionnelles sont analysés au regard de l'activité chirurgicale et de son évolution. Des documents de préparation des salles sont établis par spécialité, et réactualisés par les infirmiers référents. Les pratiques des anesthésistes s'appuient sur les recommandations de la SFAR. Les chirurgiens participent à des congrès, des formations et des conférences de consensus. Les pratiques en hygiène intègrent, sous le contrôle du CLIN et de l'EOH, les recommandations nationales et les conférences de consensus. Les procédures, protocoles, check-list... sont accessibles aux professionnels concernés sur tous les postes informatiques du bloc. Cette démarche d'identification des besoins n'est pas structurée ni systématisée.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>

<p>Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Suite à la démarche effectuée avec l'ANAP, un certain nombre d'indicateurs d'activité et d'occupation des salles ont été définis ; ils font l'objet d'un suivi mensuel. Les résultats sont communiqués au conseil de bloc, et portés à la connaissance des personnels du bloc. La check-list HAS fait l'objet d'une évaluation tous les 6 mois. Un suivi et une analyse des événements indésirables concernant spécifiquement le bloc sont effectués en cellule de gestion des risques du bloc. Des actions d'amélioration sont définies en équipe pluriprofessionnelle. Certaines ont été mises en œuvre ; par exemple, le réajustement de la procédure douche préopératoire dans le cadre de la surveillance des infections du site opératoire, d'autres sont en attente du recrutement prévu de médecins anesthésistes et d'une IADE.</p>
---	-------------------------	---

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

### Critère 26.b - 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 risques en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	
Une démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'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 26.b - 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 risques en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	
Une démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'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 26.b - 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

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.

Oui

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

Partiellement

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

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

### Critère 26.b - 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

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

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

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.		
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.		
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.		
<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.		
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.		

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

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

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

## Cotation

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

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

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.		
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.		
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.		
<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.		
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.		

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

### Critère 26.b - Endoscopie

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

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

## Cotation

### E1 Prévoir

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

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

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

### Réponses aux EA

### Constats

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.		
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.		
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.		
<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.		
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.		



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

**Critère 26.c**  
**Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique**

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique et sont formés, notamment en matière d'information des familles.	En grande partie	
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

### Critère 27.a

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

## Cotation

A

### 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, médico-technique, technique et logistique.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

### E3 Evaluer et améliorer

#### Réponses aux EA

#### Constats

Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.

En grande partie

## PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Référence 28: L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.a

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

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.

En grande partie

Des analyses de morbi-mortalité sont organisées dans le secteur d'anesthésie-réanimation, ainsi que dans les services de médecine de l'établissement, selon les recommandations de la HAS dans ce domaine. Une RMM est prévue dans le pôle de gériatrie. Le secteur de chirurgie ne participait, lors de la visite, qu'aux RMM menées au sein de l'établissement qui concernaient des patients communs aux services de chirurgie et de médecine. L'établissement assure la prise en charge et le suivi de certains patients atteints de pathologies cancéreuses, mais ne dispose pas d'un service d'oncologie individualisé.

Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées, dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire » et de sa valeur de 69 % pour la campagne 2010.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP.	En grande partie	
L'engagement de tous les professionnels est effectif.	En grande partie	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	En grande partie	
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	En grande partie	

## Référence 28: L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.b Pertinence des soins

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

En grande partie

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels dans la majorité des secteurs d'activité où la démarche EPP a été déployée. Cette démarche n'est pas formalisée dans les autres secteurs.

### E3 Evaluer et améliorer

### Réponses aux EA

### Constats

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



## Référence 28: L'évaluation des pratiques professionnelles

**Critère 28.c**  
**Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique**



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

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

En grande partie

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

## 6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

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

### Éléments de lecture du tableau

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

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

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

### Remarque :

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

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

## 7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

## ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine  
procédure de certification

Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps. Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la traçabilité dans le dossier patient

Problematique:

Dysfonctionnement 1 : La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient dans le dossier de soin est partielle [E2-EA1 (partiellement)]

Dysfonctionnement 2 : L'établissement n'a pas développé d'autres modalités d'évaluation de la gestion du dossier patient différentes de l'indicateur TDP- IPAQSS [E3-EA1 (en grande partie) ]

Dysfonctionnement 3 : Toutes les actions d'amélioration n'ont pas été mises en place suite aux résultats IPAQSS de 2009 [E3-EA2 (Partiellement)]

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Dysfonctionnement 1 : Progression de la valeur de l'indicateur IPAQSS « tenue du dossier patient en HAD » à 80 % en 2011	Dysfonctionnement 1 : Progression de la valeur de l'indicateur IPAQSS « suivi du poids en HAD » > 90 % en 2012 et années suivantes
Dysfonctionnement 2 : Mise en place d'une évaluation du dossier de soins HAD	Dysfonctionnement 2 : Pérennisation de la réalisation de l'évaluation du dossier de soins et progression de la valeur des indicateurs à 100 % en 2013 et années suivantes.
Dysfonctionnement 3 : Formalisation de toutes les actions d'amélioration à mettre en place dans un plan d'action	Dysfonctionnement 3 : Évaluation régulière du plan d'actions

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
O BERTAZZON, médecin coordonnateur HAD	Y DEVETAKOV médecin, MH ANGELINI IDE coordinatrice HAD	B TRAMIER Médecin DIM, Équipe soignante, secrétaire, service diététique, ingénieur qualité



Echéancier de réalisation :

#### Dysfonctionnement 1

- Action 1a : création d'une « check liste » de tous les éléments nécessaires à la pré admission du patient, d'un guide pour l'organisation des prises en charge et sortie du patient en HAD

Réalisé : Check liste et guides en place depuis décembre 2011

- Action 1b : Modification de certaines fiches du dossier de soins : fiche « intervenant », « protocole de soins », « macro cible d'entrée », livret d'accueil

Réalisé : modifications effectives depuis janvier 2012, réajustées après les évaluations des trimestres 1 et 2

- Action 1c : Création de nouvelles fiches dans le dossier de soins : fiche « kiné », « suivi médical », « CAT pour sortie HAD »

Réalisé : fiches formalisées depuis janvier 2012, réajustées après les évaluations des trimestres 1 et 2

#### Dysfonctionnement 2

- Action 2a : Organisation d'une évaluation interne du dossier de soins 4 fois par an, concernant les actions mises en place suite aux résultats IPAQSS « tenue du dossier patient ».

Les critères d'évaluation sont :

- L'identification des personnes responsables de la préparation et administration des traitements médicamenteux
- le recueil systématique de l'IMC
- la création et mise en œuvre d'une "chek-liste" des éléments obligatoires lors de la pré admission
- la tracabilité des nettoyages et désinfections hebdomadaires des équipements au domicile avant et après chaque prise en charge
- l'informatisation des ordonnances médicales et des plannings « validation/administration" des traitements,

Réalisée depuis avril 2012

#### Dysfonctionnement 3

- Amélioration des éléments du dossier patient : cf. actions 1a, 1b, 1c.

- Action 3a : Sensibilisation des différents acteurs sur la tenue des dossiers de soins, notamment en matière de traçabilité, suite à l'indicateur IPAQSS « tenue de dossier »

Réalisé le 28/03/11 avec le médecin DIM suite aux résultats IPAQSS

Modalités d'évaluation :

Évaluation n° 1

Évaluation IPAQSS dossier patient HAD

Audit réalisé en février 2012 sur les données 2011 : 87% de conformité pour le score de qualité de la tenue du dossier patient en HAD (contre 60% en 2010).

Le prochain recueil IPAQSS est prévu en janvier 2014

Évaluation n° 2

Evaluation trimestrielle du dossier de soins réalisée par l'IDE coordinatrice du HAD depuis janvier 2012

Traçabilité médicamenteuse IMC Check liste Désinfection Plan administration

trimestre 1	66,7 %	46,7 %	60 %	60 %	93,3 %
trimestre 2	100 %	100 %	76,9 %	69,2 %	100 %
trimestre 3	90,9 %	90,9 %	81,8 %	81,8 %	90,9 %

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Mesure annuelle des indicateurs IPAQSS relatif au dossier du patient HAD ;

Evaluation trimestrielle des dossiers de soins.

Validation institutionnelle:

L'objectif est inscrit dans le projet de service du HAD

Les actions sont relayées dans le plan d'actions gestion des risques et de la qualité de l'établissement validé en COVIRISQ (Comité de coordination des vigilances, gestion des risques et qualité).

Planification des revues de projet:

Suivi annuel du plan d'actions et des indicateurs par la CME et le COVIRISQ



# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer le dépistage des troubles nutritionnels des patients en HAD

Problématique:

Dysfonctionnement 1 : Il n'existe pas d'instance de coordination pour la prise en charge des troubles nutritionnels [E1-EA2 (Non)]

Dysfonctionnement 2 : Les actions d'éducation nutritionnelles sont individualisées et mises en œuvre mais ne font pas toutes l'objet de support d'information remis au patient et à son entourage. [E2-EA1 (En grande partie)]

Dysfonctionnement 3 : Le poids et l'IMC à l'admission ne sont pas suffisamment tracés dans le dossier du patient [E2-EA2 (Partiellement)]

Dysfonctionnement 4 : L'établissement n'a pas développé d'autres modalités d'évaluation de la prise en charge des troubles nutritionnels différentes de l'indicateur TDP- IPAQSS [E3-EA1 (en grande partie) ; E3-EA2 (En grande partie)]

## Résultats attendus

### Objectifs intermédiaires

Dysfonctionnement 1 : Relance du CLAN (Comité de liaison Alimentation Nutrition) et désignation d'un nouveau Président du CLAN

Dysfonctionnement 2 : Mise en place par le service HAD d'une fiche de suivi alimentaire pour tous les patients présentant des troubles de l'état nutritionnel avec remise systématique de supports d'information diététiques adaptés à chaque cas aux patients.

Dysfonctionnement 3 : Progression de la valeur de l'indicateur IPAQSS « suivi du poids en HAD » à 50 % en 2011

Dysfonctionnement 4 : Mise en place d'une évaluation du dossier de soins HAD

### Objectifs ultimes

Dysfonctionnement 1 : Pérennisation du fonctionnement du CLAN

Dysfonctionnement 3 : Progression de la valeur de l'indicateur IPAQSS « suivi du poids en HAD » > 80 % en 2012 et années suivantes

Dysfonctionnement 4 : Pérennisation de la réalisation de l'évaluation du dossier de soins HAD.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
O BERTAZZON médecin coordonnateur HAD	Y DEVETAKOV médecin, MH ANGELINI IDE coordonnatrice HAD	B TRAMIER Médecin DIM, Équipe soignante, secrétaire, service diététique

Echéancier de réalisation :

#### Dysfonctionnement 1

- Action 1a : Désignation d'un nouveau président du CLAN  
Réalisée lors de la CME du 29 septembre 2012

- Action 1b : Organisation de réunions régulières et production d'un programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition  
La première réunion du CLAN sous la nouvelle présidence est prévue le 11 décembre 2012.

#### Dysfonctionnement 2

- Action 2 : Mise en place par le service diététique d'une fiche de suivi alimentaire pour tous les patients présentant des troubles de l'état nutritionnel avec remise systématique de supports d'information diététiques adaptés à chaque cas aux patients.  
Réalisé depuis novembre 2011

#### Dysfonctionnement 3

- Action 3a : Nouveau rappel des règles de tenue des dossiers patient lors de la présentation des résultats IPAQSS en CME, COVIRISQ, réunions de cadres, sous commission EPP, conseil de surveillance  
Réalisé à chacune des réunions dès la validation du recueil.
- Action 3b : Nouveau rappel des règles de tenue des dossiers patient lors d'une réunion spécifique avec le HAD  
Réalisé le 28/03/11 avec le médecin DIM suite aux résultats IPAQSS
- Action 3c : progression de la valeur de l'indicateur IPAQSS « suivi du poids en HAD » à 50 % en 2011  
Réalisé ; audit accompli en février 2012 dans le cadre du recueil IPAQSS : 57% de conformité pour l'indicateur suivi du poids en HAD (contre 11% en 2010).

#### Dysfonctionnement 4

- Action 4 : Mise en place d'une évaluation du dossier de soins HAD, 4 fois par an, pour tous les patients. Les critères d'évaluation sont :
  - L'identification des personnes responsables de la préparation et administration des traitements médicamenteux
  - le recueil systématique de l'IMC
  - la création et mise en œuvre d'une "chek-liste" des éléments obligatoires lors de la pré admission
  - la tracabilité des nettoyages et désinfections hebdomadaires des équipements au domicile avant et après chaque prise en charge
  - l'informatisation des ordonnances médicales et des plannings « validation/administration" des traitements,Réalisée depuis avril 2012

Modalités d'évaluation :

Évaluation n° 1

Évaluation IPAQSS dossier patient HAD « suivi du poids en HAD »

Audit réalisé en février 2012 sur les données 2011 : 57% de conformité pour l'indicateur suivi du poids en HAD (contre 11% en 2010).

Le prochain recueil IPAQSS est prévu en janvier 2014

Évaluation n° 2

Évaluation trimestrielle du dossier de soins réalisée par l'IDE coordonnatrice du HAD depuis 2012

Trimestre 1 : 46.7% de conformité pour l'indicateur IMC noté

Trimestre 2 : 100%

Trimestre 3 : 90.9 %

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Mesure annuelle de l'indicateur IPAQSS dossier du patient HAD « suivi du poids »

Évaluation trimestrielle des dossiers de soins

Analyse des enquêtes de satisfaction réalisées pendant les 4 semaines de référence.

Validation institutionnelle:

L'objectif est inscrit dans le projet de service du HAD

Les actions sont relayées dans le plan d'actions gestion des risques et de la qualité de l'établissement validé en COVIRISQ (Comité de coordination des vigilances, gestion des risques et qualité).

Planification des revues de projet:

Suivi annuel du plan d'actions et des indicateurs par la CME et le COVIRISQ





# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient en HAD

Problematique:

Dysfonctionnement 1

Le HAD n'est pas inclus dans le projet formalisé d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse [E1-EA2 : partiellement ; E1-EA3 : en grande partie ; E1-EA7 : partiellement]

Dysfonctionnement 2

Un outil d'aide à la prescription médicamenteuse chez les sujets de plus de 75 ans est formalisé mais non diffusé auprès des professionnels. [E1-EA4 : en grande partie ; E3-EA3 : en grande partie]

Dysfonctionnement 3 :

Le système de report d'alarme en cas de panne de la chambre froide n'est pas organisé pour les heures non ouvrées [E1-EA6 : en grande partie]

Dysfonctionnement 4 :

Les procédures relatives aux alertes descendantes de l'AFSSAPS ne sont pas totalement exhaustives sur les actions à mettre en œuvre [E1-EA6 : en grande partie]

Dysfonctionnement 5 :

L'autonomie ou non autonomie du patient dans la prise de son traitement n'est pas systématiquement tracée [E1-EA7 : partiellement]

Dysfonctionnement 6 :

Les actions de sensibilisation et la formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses ne concernent pas l'ensemble de l'établissement et les intervenants extérieurs et ne sont pas évaluées. [E2-EA1 : partiellement]

Dysfonctionnement 7 :

Les règles de prescription ne sont pas suffisamment mises en œuvre [E2-EA3 : en grande partie]

Dysfonctionnement 8 :

L'information des patients sur le bon usage des médicaments est rarement tracée dans le dossier patient HAD [E2-EA6 : en grande partie]

Dysfonctionnement 9 :

Les médicaments administrés hors de la présence du personnel de l'HAD ne sont pas tracés sauf les stupéfiants [E2-EA7 : en grande partie]

Dysfonctionnement 10 :

La démarche d'évaluation du circuit du médicament est récente et ne permet pas d'observer une évolution des résultats [E3-EA1 : en grande partie ; E3-EA2 : en grande partie]

Dysfonctionnement 11 :

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses n'est pas déployée dans l'ensemble des secteurs d'activité [E3-EA4 : en grande partie]

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Finaliser l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse au HAD	Mise en œuvre de l'arrêté du 16 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
C DELOM Pharmacien	C DUMAZER Pharmacien, Médecin Coordonnateur HAD, IDE coordonnatrice HAD	médecins libéraux, pharmaciens, personnel IDE, ingénieur qualité

Echéancier de réalisation :

#### Dysfonctionnement 1

- Action 1 : Mise en place de la saisie dans Pharma des prescriptions des médecins traitants. Le médecin coordonnateur de l'HAD a en charge la prescription informatisée. Réalisée depuis juillet 2011.

#### Dysfonctionnement 2

- Action 2 : diffusion des outils relatifs à la prescription médicamenteuse chez les sujets de plus de 75 ans auprès des médecins traitants  
En cours : transmission de la procédure au cadre de l'HAD pour mise à disposition dans le dossier « médecin » en systématique quand prise en charge d'un patient d'âge > à 75 ans

#### Dysfonctionnement 3 :

- Action 3 : Evaluation de la faisabilité du couplage avec le système Vigitemp du laboratoire par la réalisation de la cartographie de l'enceinte ;  
Finalisation au cours du 1er semestre 2013.

#### Dysfonctionnement 4 :

- Action 4 : Mise à jour des procédures relatives aux alertes et formalisation d'une procédure transversale ;  
Réflexion en cours avec le service émetteur des alertes (via l'Ordre National des pharmaciens) pour réceptionner les alertes au standard uniquement en heures non ouvrées (service pharmacie le reste du temps); échéance décembre 2012.

#### Dysfonctionnement 5 :

- Action 5 : Organiser la traçabilité de l'autonomie ou non autonomie du patient dans la prise de son traitement.  
Réalisé par IDE de l'HAD, noté dans le dossier patient, sur la fiche de synthèse lors de l'admission du patient – Possibilité de noter dans le logiciel PHARMA les notions d'autonomie ou non du patient. Réflexion à approfondir et formaliser entre la direction des soins et corps médical (président de CME) pour application systématique au cours du premier semestre 2013.

#### Dysfonctionnement 6 :

- Action 6a : Organisation d'une journée de formation aux méthodologies cartographie des risques et REMED auprès de l'ensemble des cadres et IDE disponibles  
Réalisée le 15 septembre 2011 par le responsable qualité circuit des produits pharmaceutiques et le responsable qualité établissement, réunion des cadres de santé le 13 novembre 2012.
- Action 6b : Réalisation de la cartographie des risques en équipe pluridisciplinaire  
En cours ; cartographies approvisionnement pharmaceutique réalisées en mars et mai 2012 ; dispensation et validation en juillet 2012 ; administration démarrée en mars 2012, en cours ; prescription démarrée en septembre 2012, en cours.

- Action 6c : Participation de l'établissement à la semaine de la sécurité des patients – bien utiliser les médicaments.  
Ateliers animés par le responsable qualité circuit des produits pharmaceutiques du 26 au 30 novembre 2012.

- Action 6d : Information du médecin traitant au risque d'erreurs médicamenteuses  
Il est prévu de transmettre à chaque médecin traitant, l'information par fax pour chaque journée réalisée au sein de l'établissement (Vu avec IDE responsable du HAD).

#### Dysfonctionnement 7 :

- Action 7a : Améliorer les résultats de l'indicateur IPAQSS Tenue du dossier patient HAD « prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge »  
Audit réalisé en février 2012 sur les données 2011 : 98 % de conformité des prescriptions (contre 73% en 2010). Le prochain recueil IPAQSS est prévu en janvier 2014
- Action 7b : Nouveau rappel des règles de tenue des dossiers patient lors d'une réunion spécifique avec le HAD  
Réalisé le 28/03/11 avec le médecin DIM suite aux résultats IPAQSS

#### Dysfonctionnement 8 :

- Action 8a : Pour la prise en charge de patients sous chimiothérapie, information sur le bon usage des médicaments de chimiothérapie administrés par voie orale  
Réalisé : information sur le bon usage des médicaments de chimiothérapie administrés par voie orale + information sur les effets secondaires des chimiothérapies administrées en HJ (fiches produits issues du logiciel CHIMIO).
- Action 8b : Information sur les médicaments au livret pharmaceutique non broyables et non ouvrables  
Les listes sont formalisées, l'information est prévue au HAD courant décembre 2012.
- Action 8c : Élaborer la liste des médicaments à risque conformément à l'arrêté du 6 avril 2011 (pertinence et situation de prescription sont planifiées)  
La liste a été présentée en COMEDIMS du 23/10/2012 et diffusée pendant la semaine de sécurité des patients.
- Action 8d : Réflexion et formalisation par famille à risque identifiée (anticoagulants, antidiabétiques, médicaments d'anesthésie) des consignes d'utilisation à destination du personnel soignant et des informations à communiquer aux patients.  
En cours : pour les anticoagulants et antidiabétiques ; démarrage du groupe de travail en décembre 2012 pour les médicaments d'anesthésie.
- Action 8e Poursuite des évaluations de pratiques professionnelles  
EPP revue de pertinence des prescriptions d'antalgiques finalisée le 30/03/12 – EPP bon usage des carbapénèmes finalisée le 30/03/12 ; EPP En cours : bon usage des quinolones depuis novembre 2011

#### Dysfonctionnement 9 :

- Cf. action 6

#### Dysfonctionnement 10 :

• Action 10a : Poursuite des évaluations dans le cadre de la grille prescription et administration du Contrat de Bon Usage

Évaluation en cours à finaliser pour mars 2013

• Action 10b : Poursuite des évaluations IPAQSS et dans ce cadre de l'indicateur Tenue du dossier patient HAD « rédaction des prescriptions » et « organisation de la préparation et de l'administration du traitement médicamenteux »

Prochain audit prévu en janvier 2014.

• Action 10 c : Mise en place d'une évaluation du dossier de soins HAD, 4 fois par an, pour tous les patients. Les critères d'évaluation sont :

- L'identification des personnes responsables de la préparation et administration des traitements médicamenteux

- le recueil systématique de l'IMC

- la création et mise en œuvre d'une "chek-liste" des éléments obligatoires lors de la pré admission

- la tracabilité des nettoyages et désinfections hebdomadaires des équipements au domicile avant et après chaque prise en charge

- l'informatisation des ordonnances médicales et des plannings « validation/administration" des traitements,

Réalisée depuis avril 2012

Dysfonctionnement 11

• Action 11 : Institutionnalisation des REMED par la CME – officialisation de la réalisation de réunion mensuelle

Réalisée lors de la CME du 25/09/2012

Modalités d'évaluation :

Évaluation n° 1

Mesure bisannuelle de l'indicateur IPAQSS Tenue du dossier patient HAD, critère «prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge» et critère « organisation de la préparation et de l'administration du traitement médicamenteux »

Audit réalisé en février 2012 sur les données 2011 :

98 % de conformité des prescriptions (contre 73% en 2010).

54% de conformité de l'organisation de la préparation et de l'administration du traitement médicamenteux (contre 2% en 2010).

Le prochain recueil IPAQSS est prévu en janvier 2014

Évaluation n° 2

E valuation trimestrielle du dossier de soins réalisée par l'IDE coordonnatrice du HAD depuis 2012

Critère : identification des personnes responsables de la préparation et administration des traitements médicamenteux

Trimestre 1 :66.7% de conformité pour l'indicateur

Trimestre 2 : 100%

Trimestre 3 : 90.9 %

Critère : informatisation des ordonnances médicales et des plannings « validation/administration" des traitements,

Trimestre 1 :93.3% de conformité pour l'indicateur

Trimestre 2 : 100%

Trimestre 3 : 90.9 %

Évaluation n° 3

Rapport d'étapes du Contrat de Bon usage du médicament

Évaluation n° 4

Bilan annuel des actions d'amélioration mises en œuvre

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

- Mesure bisannuelle de l'indicateur IPAQSS « tenue du dossier patient HAD», critère prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge et critère organisation de la prescription et de l'administration du traitement médicamenteux.
- Evaluation trimestrielle des dossiers de soins
- Rapport d'étapes du Contrat de Bon usage du médicament
- Bilan annuel des actions d'amélioration mises en œuvre présenté en CME et intégré dans le rapport d'activité gestion de la qualité et des risques

Validation institutionnelle:

Les objectifs sont inscrits dans le projet de service du pôle pharmacie et dans le projet médical 2011-2015.

Validation du plan d'actions en COMEDIMS et CME.

Les actions sont relayées dans le plan d'actions gestion des risques et de la qualité de l'établissement validé en COVIRISQ le 5 avril 2012.

Planification des revues de projet:

Suivi opérationnel réalisé en COMEDIMS et en COVIRISQ



# PLAN D'ACTION

CHAPITRE 2 : Prise en charge du patient

Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Court Séjour : Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient en MCO

Problematique:

Dysfonctionnement 1 :

Les interfaces entre les différents logiciels utilisés pour les patients hospitalisés ne sont pas toutes opérationnelles [E1-EA2 : en grande partie]

Dysfonctionnement 2 :

La mise à jour de la liste des prescripteurs autorisés n'est pas systématique [E1-EA3 : en grande partie]

Dysfonctionnement 3 :

La sécurité du stockage des produits pharmaceutiques dans les unités de soins et la confidentialité des outils de prescription n'est pas systématique [E1-EA6 : en grande partie]

Dysfonctionnement 4 :

Le système de report d'alarme en cas de panne de la chambre froide n'est pas organisé pour les heures non ouvrées [E1-EA6 : en grande partie]

Dysfonctionnement 5 :

Les procédures relatives aux alertes descendantes de l'AFSSAPS ne sont pas totalement exhaustives sur les actions à mettre en œuvre [E1-EA6 : en grande partie]

Dysfonctionnement 6 :

Les modalités de traçabilité de l'administration aux urgences ne sont pas définies [E1-EA7 : en grande partie ; E2-EA7 : en grande partie]

Dysfonctionnement 7 :

L'autonomie ou non autonomie du patient dans la prise de son traitement n'est pas systématiquement tracée [E1-EA7 : en grande partie]

Dysfonctionnement 8 :

Les actions de sensibilisation et la formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses ne concernent pas l'ensemble de l'établissement et ne sont pas évaluées. [E2-EA1 : en grande partie]

Dysfonctionnement 9 :

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse n'est pas effective dans l'ensemble de l'établissement [E2-EA2 : en grande partie ; ]

Dysfonctionnement 10 :

L'information des patients sur le bon usage des médicaments n'est structurée que dans certaines situations [E2-EA6 : partiellement ; E3-EA3 : en grande partie]

Dysfonctionnement 11 :

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses n'est pas déployée dans l'ensemble des secteurs d'activité [E3-EA4 : en grande partie]

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Finaliser l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans l'ensemble de l'établissement	Mise en œuvre de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Chef de projet : C DELOM	Pharmaciens C DUMAZER et J ROCQUAIN, Cadre adjoint de pôle P NOCETO, Ingénieur qualité S MATHIOT	Direction, G CASANOVA, responsable informatique ; N GRAVE, cadre supérieur de santé expert informatique ; membres du COMEDIMS et des groupes DPI (dossier patient informatique médecins, pharmaciens, personnel IDE

Echéancier de réalisation :

Dysfonctionnement 1 :

- Action 1a : Réflexion autour d'un projet d'acquisition d'un EAI (gestion organisée des interfaces) inscrit dans le projet de gestion de l'établissement 2011-2015 dans le cadre de l'acquisition d'un dossier patient informatisé  
Prévue lors de la mise en place du DPI (2014) – dépend de la situation financière de l'établissement.
- Action 1b : Evaluation de la faisabilité de la mise en place d'un dossier patient informatisé intégrant le logiciel actuel de prescription par lien contextuel.  
Faisabilité réalisée au cours du 1er trimestre 2012 ; la mise en place du DPI dépend de la situation financière de l'établissement
- Action 1c : Mise en place d'une organisation avec le service des urgences utilisant un autre logiciel pour que toutes les prescriptions et administration d'un patient hospitalisé soient saisies dans Pharma et non dans Urqual (logiciel réservé à l'urgence externe et aux bilans réalisés)  
Organisation démarrée en octobre 2012 – à ce jour 13 PH/13 ont été formés à la prescription sur PHARMA ;

Dysfonctionnement 2 :

- Action 2 : Organiser la mise à jour systématique de la liste des prescripteurs autorisés.  
A ce jour, engagement de la direction pour être diffusé à la pharmacie avant le 31/12/2012 (engagement rapport d'étape CBU)

Dysfonctionnement 3 :

- Action 3a : Mise en place d'une veille automatique sur les tablettes de prescription ainsi qu'un délogage automatique du logiciel de prescription PHARMA après 45 minutes d'inutilisation du professionnel connecté.
- Action 3b : Rappels des consignes aux professionnels dans le cadre de la réalisation des évaluations du contrat de bon usage (grille institutionnelle)  
Réalisée en octobre 2012

Dysfonctionnement 4 :

- Action 4 : Évaluation de la faisabilité du couplage avec le système Vigitemp du laboratoire par la réalisation de la cartographie de l'enceinte  
Finalisation au cours du 1er semestre 2013.

Dysfonctionnement 5 :

- Action 5 : Mise à jour des procédures relatives aux alertes et formalisation d'une procédure transversale ;  
Réflexion en cours avec le service émetteur des alertes (via l'Ordre National des pharmaciens) pour réceptionner les alertes au standard uniquement en heures non ouvrées (service pharmacie le reste du temps); échéance décembre 2012.

Dysfonctionnement 6 :

- Action 6 : Mise en place d'une organisation avec le service des urgences utilisant un autre logiciel pour que toutes les prescriptions et administration d'un patient hospitalisé soient saisies dans Pharma et non dans Urqual (logiciel réservé à l'urgence externe et aux bilans réalisés)

Organisation démarrée en octobre 2012 pour la partie prescription ; Prévues au cours du 1er trimestre 2013 pour la formation des IDE à la partie administration.

Dysfonctionnement 7 :

- Action 7 : Organiser la traçabilité de l'autonomie ou non autonomie du patient dans la prise de son traitement.

Possibilité de noter dans le logiciel PHARMA les notions d'autonomie ou non du patient. Réflexion à approfondir et formaliser entre la direction des soins et corps médical (président de CME) pour application systématique au cours du premier semestre 2013.

Dysfonctionnement 8 :

- Action 8a : Organisation d'une journée de formation aux méthodologies cartographie des risques et REMED auprès de l'ensemble des cadres et IDE disponibles

Réalisée le 15 septembre 2011 par le responsable qualité circuit des produits pharmaceutiques et le responsable qualité établissement ; réunion de tous les cadres de santé le 13 novembre 2012 sur le CBU.

- Action 8b : Réalisation de la cartographie des risques en équipe pluridisciplinaire

En cours ; cartographies approvisionnement pharmaceutique réalisées en mars et mai 2012 ; dispensation et validation en juillet 2012 ; administration démarrée en mars 2012, en cours ; prescription démarrée en septembre 2012, en cours.

- Action 8c : Participation de l'établissement à la semaine de la sécurité des patients – bien utiliser les médicaments.

Ateliers animés par le responsable qualité circuit des produits pharmaceutiques du 26 au 30 novembre 2012.

Dysfonctionnement 9 :

- Cf. action 6

- Action 9a : Déploiement du logiciel Pharma en pédiatrie

Action de re-sollicitation du responsable de pôle à l'utilisation de PHARMA comme logiciel de prescription et d'administration: 1er trimestre 2013

- Action 9b : Réflexion sur le secteur de la réanimation : acquisition d'un logiciel spécifique ou utilisation de Pharma ; attente du retour d'expérience du service de réanimation de la Timone.

En cours ; finalisation 1er trimestre 2013

Dysfonctionnement 10

- Action 10a : Élaborer la liste des médicaments à risque conformément à l'arrêté du 6 avril 2011 (pertinence et situation de prescription sont planifiées)

La liste a été présentée en COMEDIMS du 23/10/2012 et diffusée pendant la semaine de sécurité des patients.

- Action 10b : Réflexion et formalisation par famille à risque identifiée (anticoagulants, antidiabétiques, médicaments d'anesthésie) des consignes d'utilisation à destination du personnel soignant et des informations à communiquer aux patients.

En cours ; pour les anticoagulants et antidiabétiques ; démarrage du groupe de travail en décembre 2012 pour les médicaments d'anesthésie.

- Action 10c Poursuite des évaluations de pratiques professionnelles

EPP revue de pertinence des prescriptions d'antalgiques finalisée le 30/03/12 – EPP bon usage des carbapénèmes finalisée le 30/03/12 ; EPP En cours : bon usage des quinolones depuis novembre 2011 ;

#### Dysfonctionnement 11

- Action 11 : Institutionnalisation des REMED par la CME – officialisation de la réalisation des réunions mensuelles effectives. Réalisée lors de la CME du 25/09/2012

#### Modalités d'évaluation :

##### Évaluation n° 1

Mesure bisannuelle de l'indicateur IPAQSS « tenue du dossier patient », critère conformité des prescriptions

Audit réalisé en mars 2012 sur les données 2011 : 80% de conformité pour le score de Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (contre 88% en 2010).

##### Évaluation n° 2

Rapport d'étapes du Contrat de Bon usage du médicament

##### Évaluation n° 3

Bilan annuel des actions d'amélioration

#### Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

- Mesure bisannuelle de l'indicateur IPAQSS « tenue du dossier patient », critère conformité des prescriptions
- Rapport d'étapes du Contrat de Bon usage du médicament
- Bilan annuel des actions d'amélioration mises en œuvre présenté en CME et intégré dans le rapport d'activité gestion de la qualité et des risques

#### Validation institutionnelle:

Les objectifs sont inscrits dans le projet de service du pôle pharmacie et dans le projet médical 2011-2015.

Validation du plan d'actions en COMEDIMS et CME.

Les actions sont relayées dans le plan d'actions gestion des risques et de la qualité de l'établissement validé en COVIRISQ le 5 avril 2012.

#### Planification des revues de projet:

Suivi opérationnel réalisé en COMEDIMS et en COVIRISQ

