



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved bar that spans across the width of the page, positioned above the main title text.

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

## **ACTUALISÉ SUITE A MODALITÉS DE SUIVI**

## **CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE LA CHARTREUSE**

1 boulevard Chanoine Kir

21000 DIJON

NOVEMBRE 2011

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b>	<b>4</b>
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
<b>1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>8</b>
<b>2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Rappel de la décision suite à la visite initiale.</b>	<b>12</b>
1. Niveau de certification	13
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	14
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	14
4. Critères investigués lors de la visite de certification	15
5. Suivi de la décision	16
6. Choix de l'établissement pour le suivi des recommandations.	16
7. Décisions faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la modalité de suivi	16
<b>2.2 Décision après modalité de suivi.</b>	<b>17</b>
1. Niveau de certification.	18
2. Suivi de la décision.	18
<b>3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTAT</b>	<b>19</b>
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématique	22
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaire	23
3. Regard Patient	24
<b>4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>25</b>

<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITÈRE</b>	<b>29</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>30</b>
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE	31
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	50
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS	74
<b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	<b>92</b>
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	93
PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT	122
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	132
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	184
PARTIE 5. EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLE	203
<b>6. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	<b>208</b>
ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI(S) : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine itération de la procédure de certification.	211

# PRÉAMBULE

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

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

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

Le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale d'Hospitalisation, Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale d'Hospitalisation/Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

Les niveaux de certification sont les suivants :

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

Les décisions et les rapports de certification sont tous rendus publics sur le site internet de la Haute Autorité de Santé, <http://www.has-sante.fr>.  
Il revient aux établissements de santé d'en assurer la plus large publicité en interne et en externe, (notamment par le biais de leur site internet).  
L'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé dispose que le livret d'accueil doit indiquer les conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées d'une information sur les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins, dont le rapport de certification.  
L'établissement de santé doit également mettre chaque année à disposition du public les indicateurs de qualité et de sécurité des soins recueillis de manière obligatoire et utilisés dans le cadre de la procédure de certification.

# 1. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

# CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE LA CHARTREUSE

Adresse : 1 boulevard Chanoine Kir - 21000 DIJON

Site internet de l'établissement :

Statut : Etablissement Public de santé Mentale

Type d'établissement : EPSM/CHS

Type de Prise en charge	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places en ambulatoire
MCO		
SM	330	175
SSR		
SLD	42	
HAD		

Nombre de sites :	25 sites extrahospitaliers (CMP, CATTTP, HDJ), SMPR
Activités principales :	Psychiatrie, SMPR, USLD
Activités de soins soumises à autorisation :	
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité :	

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements (Principales conventions, réseaux, GCS) :	Convention avec le CHU précisant les différentes coopération pour la prise en charge des patients, ville pour les activités culturelles, GCS unité de stérilisation centrale, convention pour le traitement du linge, CH du département pour la liaison et les urgences, maison des adolescents, CHU de Grenoble pour le système d'information, CHRU Dijon, Conseil Général .
Regroupement / Fusion :	
Arrêt ou fermeture d'activités :	
Créations d'activités nouvelles ou reconversions :	Création d'un hôpital de jour pour adolescents de 15 places et une unité pour patient chroniques de 30 lits. Ouverture d'un hôpital de jour pour adolescent et d'un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

## 2. DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTÉ

## 2.1 Rappel de la décision suite à la visite initiale

## 1. Niveau de certification

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

### Décisions

#### Réserves

12a-SM (Prise en charge de la douleur).

#### Recommandations

11c-SM (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) ;

13a-SM (Prise en charges et droits des patients en fin de vie) ;

14a-SM (Gestion du dossier du patient) ;

15a-SM (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge).

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

Compte tenu des informations issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité Sanitaire de la fiche interface HAS / ARS, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé . L'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

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

L'établissement n'est pas assujéti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de Santé.

L'établissement a participé au recueil d'indicateurs optionnels :

- Pour la fédération de géronto-psychiatrie : nombre de chutes, délai du premier rendez-vous infirmier ;
- Pour la fédération réadaptation-réinsertion : résumé de prise en charge pour la sortie pôle pédopsy et délai de premier rendez-vous en pédopsy ;
- En psy générale : taux de patients au long cours (DMS>90 jours), ordonnance de sortie, délai d'envoi du courrier de sortie ;
- Pour le laboratoire : nombre des non conformités, délai de rendez-vous en urgence.

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

La visite de certification s'est déroulée du [26 mai 2010](#) au [2 juin 2010](#).

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

##### **MANAGEMENT STRATEGIQUE**

1b, 1f, 2a, 2e

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

3b, 4a, 5b, 5c, 7b

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

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

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

10d-SLD, 11b-SLD, 11c-SM, 11c-SLD, 12a-SM, 12a-SLD, 13a-SM, 13a-SLD

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

14a-SM, 14a-SLD, 14b-SM, 14b-SLD, 15a-SM, 15a-SLD

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

16a-SM, 18a-SM, 18a-SLD, 18b-SM, 18b-SLD, 19a-les patients porteurs de maladies chroniques, 19b-SM, 19b-SLD, 20a-SM, 20a-SLD, 21a-SM, 21b, 24a-SM, 24a-SLD

##### **PRISES EN CHARGE SPECIFIQUE**

26b-électroconvulsivothérapie, 26c

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

28a, 28b, 28c

## **5. Suivi de la décision**

L'établissement devait produire un rapport de suivi dans un délai de 9 mois sur l'ensemble de ses réserves.

Il avait la possibilité de lever tout ou partie de ses recommandations par le biais de ce rapport de suivi.

## **6. Choix de l'établissement pour le suivi des recommandations**

L'établissement a choisi de fournir des plans d'actions pour le suivi de ses recommandations l'engageant pour la prochaine itération de la procédure de certification.

11c-SM (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) ;

13a-SM (Prise en charges et droits des patients en fin de vie) ;

14a-SM (Gestion du dossier du patient) ;

15a-SM (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge).

Ils sont consultables dans la partie « Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine itération de la procédure de certification ».

## **7. Décisions faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la modalité de suivi.**

12a-SM (Prise en charge de la douleur).

## 2.2 Décision après modalité de suivi

## 1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport issus de la visite sur site et de l'analyse du dossier de suivi fourni par l'établissement, la Haute Autorité de Santé prononce **une certification avec recommandation**.

### Recommandation

12a-SM (Prise en charge de la douleur).

## 2. Suivi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité et à améliorer son organisation et ses pratiques concernant les décisions émises par la Haute Autorité de Santé. Elles feront l'objet d'un suivi lors de la prochaine procédure de certification.

### 3. PRÉSENTATION GRAPHIQUE DES RÉSULTATS

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

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

### Ensemble des thématiques du manuel

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

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

Ces parties constituent les thématiques qui ont été retenues pour construire un graphique en radar sur la base du score moyen obtenu par l'établissement pour chacune de ces thématiques. Ce score est ensuite comparé à la moyenne du score obtenu par les établissements de sa catégorie. Lorsque le score atteint 90%, la thématique concernée est signalée comme un point fort de l'établissement.

### Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

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

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

### Critères sélectionnés par les représentants des usagers

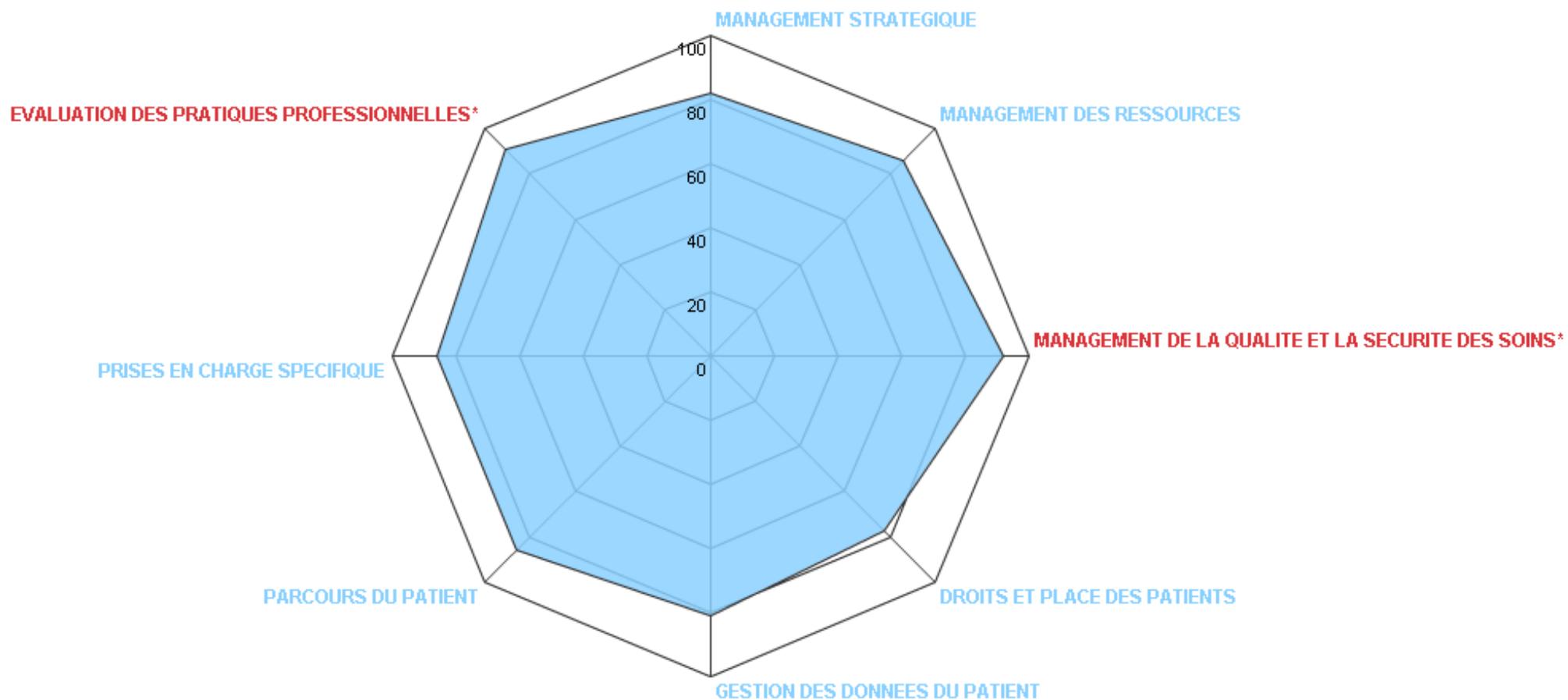
Le troisième graphique présente, sous forme d'histogramme, les scores obtenus sur des critères sélectionnés par les représentants des associations d'usagers comme répondant à des attentes prioritaires en matière de prise en charge du patient :

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

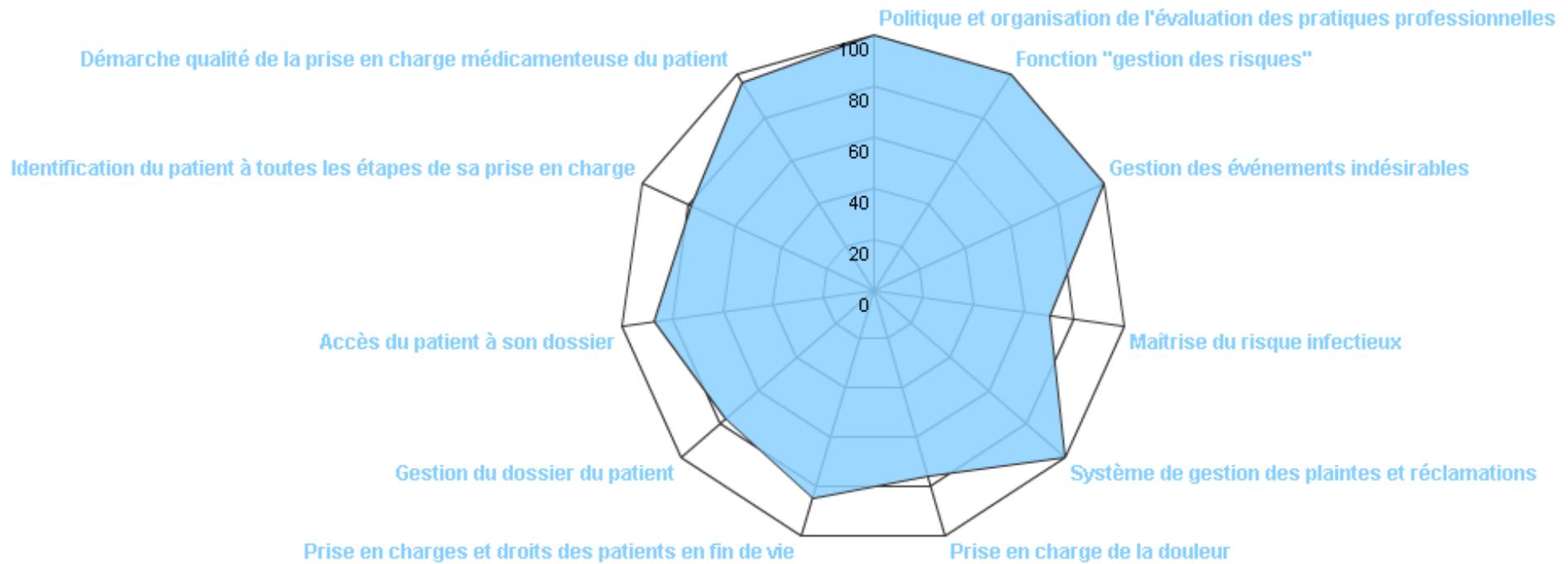
Lorsque l'établissement comprend plusieurs types de prise en charge, le graphique présente le résultat obtenu pour chacun de ces critères et pour chacune des prises en charge.

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

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

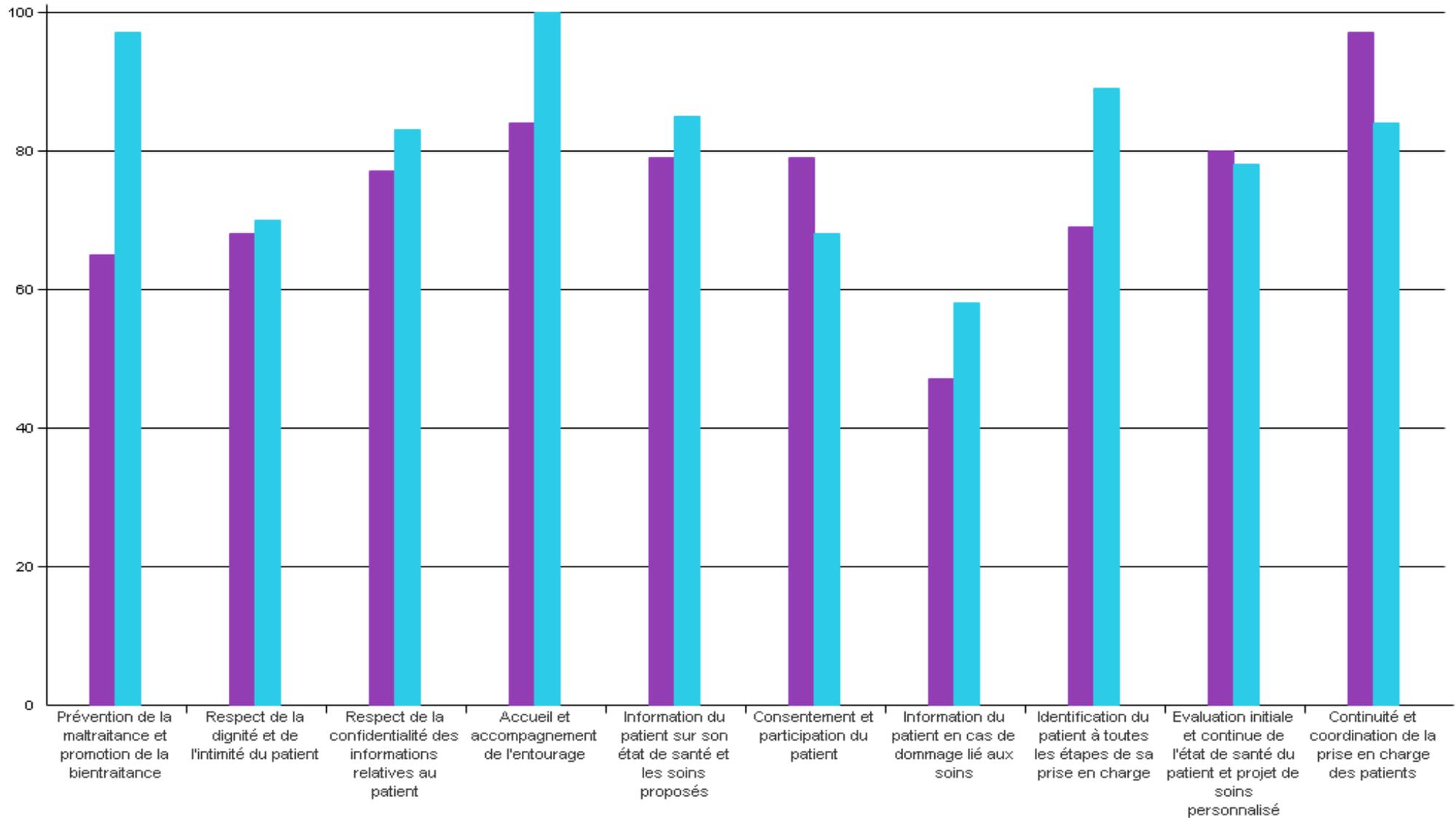


## 2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires



### 3. Regard Patient

SM SLD



## 4. SUIVI DES PRÉCÉDENTES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ

## APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
Type 1 - Veiller au respect des règles d'hygiène dans la fonction blanchisserie (11 b)	en cours	Les circuits propres et sales sont distincts. Le Ch de la Chartreuse a mis en place un matériel de transport du linge propre adapté. Il fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection régulier, ces opérations sont tracées. Le matériel de collecte du linge sale n'est pas nettoyé régulièrement, ces opérations ne sont pas tracées. Le local de stockage du linge propre est vétuste

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
Type 1 - Revoir l'organisation de la collecte et de l'élimination des déchets (18 d) ;	en cours	<p>La collecte et l'élimination des déchets est organisée; une procédure existe, elle est mise en oeuvre. Un tri sélectif est pratiqué. les circuits sont séparés.</p> <p>Les déchets d'activité de soins à risque infectieux sont stockés au sein de locaux intermédiaires protégés. Ils sont collectés quotidiennement par un agent de l'établissement. Le local de stockage centralisé est adapté. Le nettoyage et la désinfection des conteneurs est réalisé dans un local adapté et le personnel dispose d'équipements de protection. Ces opérations sont tracées.</p> <p>La collecte des autres déchets est confiée à un prestataire extérieur.</p> <p>Les déchets ménagers sont évacués quotidiennement. Ils sont stockés au sein de conteneurs disposés sur des emplacements situés à proximité des services producteurs.</p> <p>Il n'existe pas de local de stockage centralisé. Ils sont nettoyés et désinfectés régulièrement. Cependant certains ne sont pas fermés ou ne disposent pas de couvercles.</p> <p>La zone de nettoyage désinfection n'est pas adaptée. Les conteneurs des déchets du service de la restauration ne sont pas entreposés dans un local ou une zone dédiée.</p>

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Type 1 - Généraliser la traçabilité des informations devant figurer dans le dossier patient en psychiatrie (29 c, 29 d) ;</p>	<p>en cours</p>	<p>L'établissement a réalisé un audit du dossier patient cherchant , entre-autre, à mesurer la traçabilité des informations devant y figurer.</p> <p>Les contrats de pôles inscrivent dans leurs objectifs l'amélioration de la traçabilité dans le dossier.</p> <p>Début 2010, différents supports sont créés et diffusés pour favoriser le recueil de l'information, cela concerne plus particulièrement: la personne de confiance, l'IMC, le consentement, la réflexion bénéfice/risque, l'information données aux patients, la traçabilité de la douleur,identification des éléments liés aux tiers, les documents accompagnants la sortie...</p> <p>L'appropriation et l'utilisation des supports est inégale dans les services de psychiatrie générale et les informations sont inégalement tracées.</p> <p>Le service de psychiatrie intanto-juvénile a en projet l'uniformisation du dossier papier dans toutes ses structures et envisage d'expérimenter l'informatisation du dossier patient.</p> <p>Le groupe dossier patient a pris en compte ces constats.Un plan d'amélioration est en cours d'élaboration.</p> <p>L'informatisation du dossier patient et plus particulièrement de la partie médicale est toujours en débat. L'informatisation du circuit du médicament est en place.</p>
<p>Type 1 - Organiser la traçabilité des contrôles du matériel d'urgence (33 c).</p>	<p>OUI</p>	<p>La tracabilité du contrôle des matériels relatifs à l'urgence est effective.</p> <p>L'établissement est dans une démarche d'uniformisation des chariots d'urgence.</p> <p>Le cadre de santé du bloc médical assure le suivi.</p>

## 5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1a

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

#### COTATION

**B**

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

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

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1b

#### Engagement dans le développement durable

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.	Oui	
Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.	En grande partie	Le projet d'établissement intègre un item développement durable dans la partie conditions de travail et qualité de vie au travail du projet social.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie liée au développement durable est déclinée dans un programme pluriannuel.	Partiellement	Le diagnostic développement durable a été présenté en CME en mars 2010, mais le suivi reste à organiser. Il n'existe pas de programme pluriannuel formalisé validé par les différentes instances.
Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Partiellement	L'établissement a formulé des demandes de subventions auprès de l'ADEME et des Conseils Général et Régional.
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	Oui	Les projets de réhabilitation intègrent des dispositions visant à réduire la consommation d'énergie (chauffage, éclairage) par une amélioration de l'isolation thermique et la mise en place de dispositifs d'éclairage basse consommation.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Non	

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1c

#### Démarche éthique

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les professionnels ont accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.	En grande partie	
Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.	En grande partie	
Les questions éthiques, se posant au sein de l'établissement, sont traitées.	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 1d

#### Politique des droits des patients

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).	Oui	
Des formations aux droits des patients destinées aux professionnels sont organisées.	Non	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'évaluation et d'amélioration en matière de respect des droits des patients sont mises en oeuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CRU.	Oui	

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1e

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

#### COTATION

A

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

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1f

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



### COTATION

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 du développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,. Elle a intégré le CPOM et les recommandations de l'ARH. Elle est validée par les instances de l'établissement.
Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.	Oui	Un groupe paritaire médico-soignant et administratif est en place pour la conduite des EPP. Une charte de l'EPP a été formalisée après concertation avec les différents professionnels et définit les rôles des professionnels pour le déroulement des actions en transversal et dans chaque pôle.
Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médicotechnique.	Oui	La méthodologie, l'organisation, les missions et les responsabilités de chaque professionnel concerné sont définies dans la charte de l'EPP pour faciliter son déploiement dans tous les secteurs d'activité clinique et médico-technique de l'établissement. La CME a consacré une séance spécifique aux orientations et aux concertations des groupes de travail EPP, et à leur pérennisation.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	Le département des projets de la qualité et des usagers assure l'accompagnement des groupes des professionnels. Il a réalisé dans l'établissement des audits transversaux pour lister et organiser les actions EPP retenues. Des protocoles méthodologiques sont en place et utilisés. Des interventions de la cellule qualité ont été menées dans chaque pôle ainsi que par la sous-commission de la CME. La stratégie d'établissement concernant les EPP a été présentée lors des conseils de pôle. Ces derniers suivent l'évolution des groupes de travail dont ils sont promoteurs.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP.	Oui	Un suivi de l'avancement des actions EPP est en place avec réunions de synthèse bimestrielles associant cellule qualité et sous-commission des EPP. Une communication de l'avancement des travaux est faite de façon bi-annuelle en CME. Les résultats des audits sont communiqués à tous les personnels.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Il existe une traçabilité de la démarche de communication gérée par la cellule qualité. Tous les professionnels de l'établissement ont été informés par le journal interne de la stratégie des EPP et un plan de communication spécifique a été programmé et est en place pour présenter les actions développées et leurs résultats. Des réunions de staff en amphis ont lieu mensuellement. La lettre mensuelle Objectif Qualité Sécurité assure le relais auprès de tous les professionnels. Une séance particulière fixera après la visite des experts HAS les orientations à suivre et les améliorations notées, dans une démarche pérenne engagée depuis la V2.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Toutes les instances sont associées aux démarches EPP et régulièrement informées de leur état d'avancement. Le tableau de bord est en place, les comptes-rendus des groupes de travail et des instances font état de ce suivi des actions en cours et des résultats pratiques.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus.	Oui	En plus des supports papiers utilisés, le portail intranet met à disposition de tous les professionnels les informations relatives à la constitution et à l'organisation des groupes, à tous les outils d'aide méthodologique, aux différents calendriers de réunions et aux résultats des actions EPP engagées et leur impact sur le programme d'amélioration de la qualité. Les ajustements stratégiques en termes d'objectifs sont tracés et portés à la connaissance des professionnels, ils prennent en compte le bilan des démarches engagées deux fois par an.

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1g

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

#### COTATION

**A**

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

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

### Critère 2a

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

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activités sont définis.	Oui	
Les circuits de décision et de délégation sont définis.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont révisés à périodicité définie.	Oui	

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

### Critère 2b

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

#### COTATION

**B**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.	Oui	
Les attentes des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activité ou d'établissement.	Partiellement	
<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 2c

#### Fonctionnement des instances

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leur compétence.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.	Oui	
Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le fonctionnement des instances est évalué (bilan, programme d'actions, suivi des actions, etc.).	En grande partie	

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

### Critère 2d

#### Dialogue social et implication des personnels

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La concertation avec les partenaires sociaux est organisée.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions favorisant l'implication et l'expression des personnels sont mises en oeuvre au sein des secteurs d'activité.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dialogue social est évalué à périodicité définie.	Non	

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

### Critère 2e

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



### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	Oui	Des tableaux de bord comprennent des indicateurs adaptés au pilotage de l'établissement en matière financière, gestion des ressources humaines et qualité.
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	Oui	Les tableaux de bord sont présentés et commentés au sein des instances où siègent les usagers.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	En grande partie	Les tableaux de bord sont présentés lors des réunions des différentes instances. Ils sont transmis aux différents chefs de pôles. La diffusion au sein des pôles n'est pas formalisée.
Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés.	Oui	Les indicateurs nationaux sont présentés commentés au sein des instances. Ils sont diffusés.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	Oui	La stratégie de l'établissement est révisée périodiquement en fonction des résultats obtenus, notamment lors de l'analyse de l'EPRD.
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaison externe et interne).	Oui	L'établissement participe à un groupe de travail interrégional piloté par les ARS de Bourgogne et Franche Comté dont l'objectif est de développer la pratique de ces comparaisons internes et externes par la mise en place et la diffusion d'indicateurs adaptés.

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3a

#### Management des emplois et des compétences

**COTATION**

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.	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.	Partiellement	
Les compétences spécifiques pour les activités à risque ou innovantes sont identifiées.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des dispositions sont mises en oeuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.	Oui	
L'évaluation périodique du personnel est mise en oeuvre.	Oui	
Un plan de formation est mis en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.	Partiellement	
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	Non	

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3b

#### Intégration des nouveaux arrivants

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	Il n'y a pas d'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration quand à leur contenu.

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3c

#### Santé et sécurité au travail

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

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.	Oui	
Le document unique est établi.	Oui	
Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de prévention des risques sont mises en oeuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.	En grande partie	
Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en oeuvre.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le programme de prévention des risques et le document unique sont évalués à périodicité définie sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'événements indésirables.	Oui	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3d

#### Qualité de vie au travail

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont évaluées.	Oui	
La satisfaction des personnels est évaluée.	Oui	

## Référence 4 : La gestion des ressources financières

### Critère 4a

#### Gestion budgétaire

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et s'il y a lieu de recettes, selon une procédure formalisée.	Oui	
Ces objectifs tiennent compte des engagements pris dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement conduit une analyse des coûts dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les objectifs prévisionnels de dépenses et de recettes sont suivis infra-annuellement et donnent lieu si nécessaire à des décisions de réajustement.	Oui	

## Référence 4 : La gestion des ressources financières

### Critère 4b

#### Amélioration de l'efficience

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement fixe chaque année des objectifs d'amélioration de l'efficience de ses organisations.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement conduit des études et/ou des audits sur ses principaux processus de production.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les résultats des études et/ou des audits donnent lieu à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	En grande partie	

## Référence 5 : Le système d'information

### Critère 5a

#### Systeme d'information

**COTATION**

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un schéma directeur du système d'information est défini en cohérence avec les orientations stratégiques et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.	Oui	
Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	

## Référence 5 : Le système d'information

### Critère 5b

#### Sécurité du système d'information

**COTATION**

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.).	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	

## Référence 5 : Le système d'information

### Critère 5c

#### Gestion documentaire

**COTATION**

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un dispositif de gestion documentaire est en place.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif est connu par les professionnels.	Oui	
Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.	Oui	
Le système de mise à jour des documents est opérationnel.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	

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

### Critère 6a

#### Sécurité des biens et des personnes

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.	Oui	
Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les situations identifiées font l'objet de dispositifs adaptés de sécurité (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	

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

### Critère 6b

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.	Oui	
L'établissement dispose d'un programme de maintenance.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les opérations de maintenance (curatives et préventives) assurées en interne et par des sociétés extérieures sont tracées et permettent un suivi des opérations.	En grande partie	
Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.	Non	

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

### Critère 6c

#### Qualité de la restauration

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Il existe une organisation permettant dès l'admission du patient, de recueillir ses préférences alimentaires.	Oui	
Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les préférences des patients sont prises en compte.	En grande partie	
Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La satisfaction des consommateurs concernant la prestation restauration est évaluée et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 6d

#### Gestion du linge

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le circuit du linge est défini.	Oui	
Les besoins par secteur sont quantifiés et incluent les demandes en urgence.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.	Partiellement	
Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	Oui	
Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

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

### Critère 6e

#### Fonction transport des patients

#### COTATION

**B**

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

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

### Critère 6f

#### Achats écoresponsables et approvisionnements

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif en associant les utilisateurs	Oui	
La politique d'achat et de relations avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat écoresponsable.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	
L'établissement initie une démarche d'achat écoresponsable pour certains produits et/ou services	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.	Partiellement	

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

### Critère 7a

#### Gestion de l'eau

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie et validée par l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	Oui	
La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un plan de maintenance préventif et curatif des installations élaboré avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) est mis en oeuvre.	Oui	
Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) et tracés.	Oui	
Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré.	Oui	
Un suivi des différents types de rejets est assuré.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 7b

#### Gestion de l'air

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une politique est définie en vue d'assurer la maîtrise du risque infectieux dans les zones à environnement maîtrisé.	NA	
L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales.	Oui	
Des dispositions sont prévues en cas de travaux.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air en concertation avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) et le CHSCT sont mis en oeuvre.	NA	
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.	NA	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

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

### Critère 7c

#### Gestion de l'énergie

#### COTATION

**A**

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

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

### Critère 7d

#### Hygiène des locaux

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les actions à mettre en oeuvre pour assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	Oui	
En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations	Partiellement	
Les responsabilités sont identifiées et les missions sont définies.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	Oui	
Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en oeuvre.	Oui	

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

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

### Critère 7e

#### Gestion des déchets

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et d'effluents.	Oui	
La politique en matière de déchets est définie en concertation avec les instances concernées.	Partiellement	
Les procédures de gestion des déchets sont établies	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le tri des déchets est réalisé.	Oui	
Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont organisées.	Partiellement	
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites .	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Oui	

## **PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS**

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

### Critère 8a

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

**COTATION**

**A**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	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.	Oui	

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

### Critère 8b

### Fonction "gestion des risques"



#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une fonction « gestion des risques » est définie dans l'établissement.	Oui	Il existe une cellule de gestion des risques pluridisciplinaire. Son positionnement , dans l'organisation de l'établissement, est clairement identifié . Un gestionnaire des risques a été nommé en juillet 2009, sa mission et ses responsabilités sont définies. Le temps passé à la gestion des risques est mesuré.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour des objectifs du programme de gestion des risques.	Oui	L'ensemble des secteurs d'activité est représenté au sein de la cellule gestion des risques. Le plan d'action définit des objectifs dont les pilotes sont choisis en fonction de leur compétence.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.	Oui	La cellule de gestion des risque évalue son organisation.

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

### Critère 8c

#### Obligations légales et réglementaires

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.	Oui	
La direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser suite aux contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement met en oeuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires en fonction du plan de priorisation.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La direction assure un suivi du traitement des non-conformités.	Oui	

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

### Critère 8d

#### Evaluation 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 risque sont mises en place.		Oui			
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.		Partiellement			
E3 Evaluer et améliorer		Réponses aux EA		CONSTATS	
Un suivi de la mise en oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.		Oui			
L'analyse de leur efficacité est réalisée.		En grande partie			

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

### Critère 8e

#### Gestion de crise

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les situations de crise sont identifiées.	Oui	
Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.	Oui	
Les plans d'urgence sont établis.	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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'appropriation des procédures est évaluée suite à la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.	Oui	
Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.	Oui	

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



### Critère 8f

#### Gestion des événements indésirables

**COTATION**

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Oui	Une procédure de recueil et d'analyse des événements indésirables est en place. Les fiches existent et sont hiérarchisées. La pluridisciplinarité de l'équipe d'analyse permet de coordonner les actions correctives.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	La formation des différents professionnels à l'utilisation des supports est effective. Il existe un support de formation. Les professionnels sont sensibilisés en fonction des besoins identifiés après l'analyse annuelle des fiches d'évènement indésirables

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Cette formation inclue les processus de hiérarchisation. La formation à l'analyse des causes est effective au fur et à mesure des réunions animées par la directrice du service qualité ou la gestionnaire de risque.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est structurée, participative. La composition de la cellule d'analyse des événements indésirables est pluridisciplinaire ; les compétences utiles sont mobilisées.
<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	Les événements indésirables sont analysés et font l'objet d'actions correctives qui abondent le plan d'action qualité.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Les événements indésirables récurrents sont repérés et font l'objet d'actions correctives.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	Le suivi et l'efficacité des actions correctives est vérifié.

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

### Critère 8g

#### Maîtrise du risque infectieux



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

### COTATION

**B**

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

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

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

B

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

### Critère 8h

#### Bon usage des antibiotiques

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



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

#### COTATION

**B**

Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score agrégé	
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	Non	L'établissement ne réévalue pas les prescriptions d'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure

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

### Critère 8i

#### Vigilances et veille sanitaire

**COTATION**

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place.	Oui	
Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée.	Oui	
Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	

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

### Critère 8j

#### Maîtrise du risque transfusionnel

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

#### COTATION

**NA**

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

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

### Critère 8k

#### Gestion des équipements biomédicaux

#### COTATION

**B**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La gestion des équipements biomédicaux est évaluée et donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

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



### Critère 9a

### Système de gestion des plaintes et réclamations

**COTATION**

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La gestion des plaintes et réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).	Oui	L'établissement a mis en place une procédure de gestion des plaintes et réclamations. Le responsable chargé des relations avec les usagers est identifié. Un système unique colligeant les plaintes et réclamations est mis en place. La composition et le fonctionnement de la CRU sont conformes à la réglementation. Le livret d'accueil actualisé, en cours d'impression, expose les missions de la CRU et indique le dispositif de médiation. Un dispositif d'information des usagers est en place par voie d'affichage mais il n'intègre pas ces informations.
Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	Un dispositif permettant d'échanger les informations relatives aux plaintes et réclamations avec le système de déclaration des événements indésirables est en place. Les liens entre les différents acteurs impliqués sont formalisés.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	<p>La procédure interne de gestion des plaintes et réclamations est mise en oeuvre.</p> <p>Les professionnels concernés sont associés à la réponse donnée au plaignant.</p> <p>Ils sont associés à l'élaboration et à la mise en oeuvre des actions correctives s'il y a lieu.</p>
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	<p>Le plaignant est informé sur le traitement de sa plainte ou de sa réclamation.</p> <p>Une lettre lui est adressée dès réception de son courrier.</p> <p>Un deuxième document lui est envoyé dès que les éléments de réponse ont été recueillis. Il intègre une information sur le dispositif de médiation.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations incluant le suivi du délai de réponse au plaignant contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Oui	<p>Les membres de la CRU ont accès à l'intégralité des plaintes et réclamations.</p> <p>Les plaintes et réclamations sont analysées qualitativement et quantitativement en lien avec la CRU.</p> <p>Un bilan en est dressé. Il est intégré au rapport. Des recommandations sont émises et intégrées au programme qualité.</p>

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

### Critère 9b

#### Evaluation de la satisfaction des usagers

#### COTATION

A

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

## CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT

# PARTIE 1. DROIT ET PLACE DES PATIENTS

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10a-SM

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

#### COTATION

**B**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	En grande partie	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	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 10a-SLD

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

#### COTATION

**A**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.	En grande partie	

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10b-SM

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

#### COTATION

**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 respect de l'intimité du patient.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les soins, y compris les soins d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10b-SLD

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

#### COTATION

**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 respect de l'intimité du patient.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les soins, y compris les soins d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	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 10c-SM

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	En grande partie	
Les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect de la confidentialité.	En grande partie	
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
Des actions d'amélioration en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont menées.	En grande partie	

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10c-SLD

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	En grande partie	
Les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect de la confidentialité.	En grande partie	
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
Des actions d'amélioration en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont menées.	En grande partie	

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10d-SM

#### Accueil et accompagnement de l'entourage

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	En grande partie	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'accès aux secteurs d'hospitalisation, est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	Oui	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	Partiellement	

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10d-SLD

#### Accueil et accompagnement de l'entourage

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	Oui	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès aux secteurs d'hospitalisation, est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	Oui	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	Oui	

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10e-SM

#### Gestion des mesures de restriction de liberté

#### COTATION

**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 de la liberté d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation de contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.)	En grande partie	
<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.	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 10e-SLD

#### Gestion des mesures de restriction de liberté

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les projets médicaux, et/ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation de contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.)	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrant la réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient.	Oui	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

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

### Critère 11a-SM

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.	En grande partie	
Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.	Oui	
<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.).	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 11a-SLD

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	NA	
<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.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation de la satisfaction du patient quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

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

### Critère 11b-SM

#### 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 soin.	Partiellement	
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 soin proposé sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soin.	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.	Oui	

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

### Critère 11b-SLD

#### Consentement et participation du patient

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une organisation est définie permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soin.	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 soin proposé sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soin.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	Non	

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

### Critère 11c-SM

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

#### COTATION

**C**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, est définie.	Partiellement	L'établissement n'a pas structuré de démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, toutefois l'information verbale est assurée ponctuellement et au cas par cas
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, sont menées.	En grande partie	La formation des professionnels n'est pas organisée, par contre la sensibilisation des professionnels est réalisée ponctuellement au cours des réunions de service lorsqu'une situation relative à cette thématique se présente
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Partiellement	La mise en oeuvre de la démarche est réalisée, par les médecins référents de la prise en charge, lorsque les situations rencontrées le nécessitent et relayée par l'encadrement paramédicale si besoin
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	L'évaluation de l'information au patient est analysée ponctuellement lors de synthèses mais elle ne fait pas l'objet d'actions d'améliorations planifiées

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

### Critère 11c-SLD

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

#### COTATION

**C**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, est définie.	Partiellement	L'établissement n'a pas structuré de démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, toutefois l'information est assurée au cas par cas
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, sont menées.	En grande partie	La formation des professionnels n'est pas organisée par contre, la sensibilisation des professionnels est réalisée au cours des réunions de service
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	La démarche est réalisée par les médecins pour les situations cliniques, en concertation par le cadre de santé pour les problématiques liées aux soins et à la prise en charge (perte d'objet personnel, de prothèses par ex.)
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	L'évaluation de l'information au patient est analysée ponctuellement mais elle ne fait pas l'objet d'actions d'améliorations planifiées

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

### Critère 12a-SM

#### Prise en charge de la douleur



### COTATION

C

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	Le CLUD, créé en octobre 2009, a formalisé une politique incluant les différents secteurs d'activité. Cette politique a été présentée en CME en mai 2011. Elle sera intégrée au projet d'établissement en 2012.
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, adaptés aux populations concernées, sont rédigés et accessibles à l'ensemble des professionnels concernés.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	<p>Des règles EVA ont été distribuées avec une sensibilisation des professionnels à leur utilisation.</p> <p>Une présentation à l'utilisation du Kalinox a eu lieu lors de la séance du CLUD du 22 avril 2010. La présentation a été mise à la disposition de tout le personnel sur le site Intranet de l'établissement.</p> <p>Une formation MEOPA (Mélange Equimolaire Oxygène Protxyde d'Azote) a été réalisée en mars 2011 avec la mise à disposition d'un protocole d'utilisation.</p> <p>Une conférence-débat douleur &amp; santé mentale a eu lieu en juin 2011 avec la participation de 80 professionnels.</p> <p>Une formation sur la prise en charge de la douleur en psychiatrie est inscrite dans le plan de formation 2012 (programmée en mars et avril 2012).</p>
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	<p>Un engagement de l'établissement dans la lutte contre la douleur est intégré dans le livret d'accueil.</p> <p>Des ateliers thérapeutiques sur les médicaments et la prise en charge de la douleur sous forme de jeu (questions-réponses) et sur prescription médicale sont prévus à partir de septembre 2011.</p>
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	<p>La traçabilité de l'évaluation de la douleur n'est pas systématisée.</p> <p>Un audit sur la traçabilité a été réalisé en février 2011. Le taux de traçabilité de la douleur dans le dossier patient est passé de 9% (2009) à 16,3% (2011).</p>
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	<p>Les traitements sont réévalués lors des visites médicales ou à la demande des patients. Les données de l'évaluation sont recueillies mais les résultats ne sont pas tracés.</p>
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Partiellement	<p>Les outils sont depuis peu à disposition des professionnels et sont peu utilisés.</p> <p>Des échelles des visages seront diffusées en septembre 2011.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Non	La mise à disposition d'outil d'évaluation est trop récente pour qu'une évaluation de l'appropriation ait pu être effectuée. L'évaluation de l'appropriation des outils est prévue en décembre 2011.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	En grande partie	Un audit de la traçabilité des mesures de la douleur a été réalisée en février 2011. L'évaluation de la douleur dans le dossier patient est prévue une fois par an.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration ont été réalisées: - sensibilisation du personnel médical et paramédical à l'utilisation du MEOPA avec formalisation d'un protocole d'utilisation; - séance d'information sur la douleur en santé mentale; - sensibilisation des professionnels à l'utilisation des outils (échelles d'évaluation de la douleur) et à la prise en charge de la douleur; - mise a disposition des échelles de visages (septembre 2011).
L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	Lors de la mise en place du CLUD en octobre 2009, le centre de documentation a sollicité les responsables du CLUD d'autres hôpitaux psychiatriques pour connaître les organisations mises en place et le président du CLUD du CHU de Dijon est venu faire une présentation du kalinox le 22 avril 2010. Un partage d'expérience avec le CH de Vinatier est organisé avec visite de site. Une IDE et une aide-soignante participent au congrès de l'Association Nationale pour la promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale et plus particulièrement aux journées sur la douleur en santé mentale.

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

### Critère 12a-SLD

#### 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).	En grande partie	Le CLUD, créé en octobre 2009, a formalisé une politique incluant les différents secteurs d'activité. Cette politique n'a pas été validée par la CME.
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, adaptés aux populations concernées, sont rédigés et accessibles à l'ensemble des professionnels concernés.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	L'ensemble du personnel du SLD a été formé à l'utilisation de Doloplus depuis 2004

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	L'éducation thérapeutique du patient à la prise en charge de la douleur n'est pas organisée mais fait l'objet d'une information auprès des familles.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	La traçabilité de l'évaluation de la douleur n'est pas systématisée. Elle est réalisée sur prescription médicale ou à l'initiative de l'équipe de soins sur un support papier.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Les traitements sont tracés, réévalués lors des visites médicales ou à la demande des patients.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Le SLD a choisi d'utiliser Doloplus pour les patients non communicant qui représente la majorité des patients du service

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	En grande partie	Il n' y a pas d'évaluation formalisée de l'appropriation de l'outils utilisé. Néanmoins, au cours des entretiens annuels et des réunions de synthèse, il est possible d'apprécier cette appropriation. De plus les professionnels peuvent se joindre aux nouveaux arrivants pour réactualiser leurs connaissances.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	Le bilan de service annuel comprend un item recensant le nombre d'échelles Doloplus mis en oeuvre.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	L'évaluation de la prise en charge de la douleur fait l'objet d'une évaluation de pratique professionnelle. La formation à l'utilisation de Doloplus est reconduite annuellement.
L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Partiellement	Lors de la mise en place du CLUD en octobre 2009, le centre de documentation a sollicité les responsables du CLUD d'autres hôpitaux psychiatriques pour connaître les organisations mises en place et le président du CLUD du CHU de Dijon est venu faire une présentation du kalinox le 22 avril 2010. L'établissement n'a pas développé de partage d'expérience avec d'autres structures.

## Référence 13 : La fin de vie

### Critère 13a-SM

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

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



### COTATION

C

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 de la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est formalisée depuis début 2010. La majorité de ces situations sont traitées avec les services de soins somatiques.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Non	Les modalités de recueil de la volonté du patient ne sont pas formalisées.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	NA	L'établissement n'organise pas les traitements de maintien de vie et de réanimation du fait des pathologies accueillies.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La démarche palliative est mise en oeuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.	Oui	Dans les rares cas d'accompagnement de fin de vie, un projet personnalisé est réalisé avec le soutien de l'équipe de soins palliatifs du CHU. Une convention vient d'être signée.
Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.	Partiellement	L'établissement n'a pas mis en oeuvre une information sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005, au vu de la rareté des patients suivis en fin de vie.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a signé une convention avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs du CHU de Dijon le 20 mai 2010. Les bénévoles de l'association JALMALV sont présents à la Maison des Usagers 2 fois une heure par mois.
Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en oeuvre.	Oui	Les réunions de synthèse permettent cette concertation
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	Oui	Ces sujets font l'objet de débat en commission éthique et de soins et sont évalués.
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.	Non	Les experts n'ont pu constater , ni été informés , durant la vsiite, de réflexions formalisées sur ces situations.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	La démarche est amorcée et analysée pour chaque nouvelle situation.

## Référence 13 : La fin de vie

### Critère 13a-SLD

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

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



### COTATION

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.	Oui	L'organisation est formalisée.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	Le recueil de la volonté du patient est formalisé dans le dossier.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Les patients ou les familles reçoivent les informations sur le droit de refuser ou accepter les soins de maintien en vie. Cette démarche ainsi que les directives anticipées sont tracées dans le dossier
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La démarche palliative est mise en oeuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.	Oui	Dans les rares cas d'accompagnement de fin de vie, un projet personnalisé est réalisé avec le soutien de l'équipe de soins palliatifs
Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.	En grande partie	Le dispositif n'est pas structuré mais une information régulière auprès des professionnels est effectuée par les médecins.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Les bénévoles sont formés et une convention avec une association est formalisée.
Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en oeuvre.	Oui	Les réunions de synthèse permettent cette concertation.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	Oui	Ces sujets font l'objet de débat en commission éthique et de soins et sont évalués.
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	La réflexion est en place.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre et suivies lors du bilan annuel.

## PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT

## Référence 14 : Le dossier du patient

### Critère 14a-SM

#### Gestion du dossier du patient



### COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	En grande partie	Le protocole de tenue du dossier patient a été réactualisé début 2010 et diffusé aux différents professionnels. Il organise le classement des informations par pochettes mais n'en précise pas formellement le contenu. Cette action s'inscrit dans une démarche d'uniformisation des supports papiers et de l'organisation du dossier papier. Le contenu du dossier n'est pas inventorié avant l'archivage.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.	En grande partie	Le protocole de tenue du dossier patient a été réactualisé début 2010 et diffusé aux différents professionnels, les règles d'accès aux informations antérieures sont précisées ainsi que les règles de mutation. Un même dossier peut contenir plusieurs séquences de soins qui ne sont pas toujours différenciées. Le protocole d'archivage central pour les dossiers non ouverts depuis 3 ans n'est que partiellement appliqué et certains dossiers sont stockés dans des cartons dans les bureaux.

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	L'évaluation du dossier patient réalisée en fin 2009 montre un déficit d'information sur le recueil de la personne de confiance, la traçabilité de la réflexion bénéfice risque et le consentement. Les informations transmises aux patients sont peu renseignées. Les doubles de courrier de sortie ne sont pas systématiquement intégrés au dossier. Les dossiers consultés confirment cette évaluation.
La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	En grande partie	Une procédure définit la communication du dossier entre professionnels de l'établissement. et avec les correspondants externes .Certains services gardent un double du dossier patient à défaut d'une liaison informatique (Unité Médicale d'Accueil et d'orientation, le bloc médical, le dossier anesthésie de l'ECT). Les dossiers de plus de 3 ans ne sont pas tous aux archives centrales suite à des difficultés logistiques et restent dans des cartons aux secrariats médicaux.
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.	En grande partie	Un premier audit du dossier a été réalisé en 2009. Les axes d'amélioration sont repérés mais le plan d'action n'est pas formalisé. Les indicateurs pour une évaluation en routine sont définis et inscrits dans les contrats de pôle.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Partiellement	Le plan d'action d'amélioration du dossier patient n'est pas formalisé. L'uniformisation de la structure du dossier date de mars 2010. Le recueil de la désignation de la personne de confiance par les infirmiers a été formalisé et appliqué en partie début 2010.

## Référence 14 : Le dossier du patient

### Critère 14a-SLD

#### Gestion du dossier du patient



### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	Les règles de tenue sont connues et appliquées.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.	Oui	Les règles d'accès au dossier sont formalisées.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Les éléments constitutifs de la prise en charge sont tracés dans le cadre du projet de vie et de soin du patient.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	Oui	La communication du dossier est assurée lors de mutation
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Partiellement	Un premier audit du dossier a été réalisé en 2009. Le plan d'action d'amélioration n'est pas formalisé. Les indicateurs pour une évaluation en routine sont définis.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	En grande partie	Le plan d'action d'amélioration du dossier patient n'est pas formalisé. La taille de la structure permet des évaluations et améliorations au cas par cas.

## Référence 14 : Le dossier du patient

### Critère 14b-SM

#### Accès du patient à son dossier



### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	Une procédure de communication du dossier médical a été réactualisée en aout 2009 et a fait l'objet d'une diffusion et d'un rappel auprès des professionnels concernés par le sujet. Le livret d'accueil des patients qui est en cours d'impression intègre cette donnée
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	En grande partie	Le nouveau livret d'accueil en cours d'impression informe le patient de ses droits.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.	En grande partie	Un suivi des délais de communication du dossier patient est réalisé par la CRUQ. Le bilan montre un respect des durées dans les 2/3 des situations.
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	Suite à l'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients, la procédure a été réactualisée ,diffusée et promue auprès des acteurs concernés.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Le nombre de demandes et les délais de transmissions sont précisés dans les comptes rendus de la CRU en 2009.

## Référence 14 : Le dossier du patient

### Critère 14b-SLD

#### Accès du patient à son dossier



### COTATION

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	Une procédure de communication du dossier médical a été réactualisée en aout 2009 et a fait l'objet d'une diffusion et d'un rappel auprès des professionnels concernés par le sujet. Le livret d'accueil des patients qui est en cours d'impression intègre cette donnée
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le livret d'accueil informe le patient de ses droits.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.	En grande partie	Un suivi des délais de communication du dossier patient est réalisé par la CRUQ. Le bilan montre un respect des durées dans les 2/3 des situations.
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	Suite à l'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients, la procédure a été réactualisée ,diffusée et promue auprès des acteurs concernés.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Le nombre de demandes et les délais de transmissions sont précisés dans les comptes rendus de la CRU en 2009.

## Référence 15 : L'identification du patient



### Critère 15a-SM

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

#### COTATION

**C**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.	En grande partie	Depuis janvier 2010, une cellule d'identitovigilance organise la démarche. La procédure et la charte d'identitovigilance sont en cours de validation
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.	Partiellement	Les professionnels sont formés au bureau des entrées. Les secrétariats médicaux intrahospitaliers et les professionnels de l'unité d'accueil et d'orientation qui gère la majorité des admissions sont inégalement informés de la démarche. Pour les secrétariats extra-hospitaliers et les autres unités de soins l'information est plus aléatoire. L'établissement prévoit des actions de sensibilisation de tous les professionnels.
Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	La pratique de la vérification d'identité au bureau des entrées est effective.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	Chaque acte de soin est réalisé au vu de la prescription. L'identité du bénéficiaire n'est pas formellement vérifiée pour tous les actes de soins mais se réfère à la connaissance et à la pratique des soignants.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le bureau des entrées organise hebdomadairement l'analyse et la rectification des doublons, l'information est transmise au DIM pour l'organisation de l'archivage des dossiers. Cependant, l'évaluation périodique n'est pas réalisée à toutes les étapes de la prise en charge. En extrahospitalier, les secrétaires n'ont pas totalement appréhendé les recommandations concernant l'identitovigilence et les procédures d'identification du patient en cours de validation lors de la visite.</p>

## Référence 15 : L'identification du patient

### Critère 15a-SLD

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



### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.	En grande partie	Depuis janvier 2010, une cellule d'identitovigilance organise la démarche. La procédure et la charte d'identitovigilance sont en cours de validation
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 professionnels sont formés au bureau des entrées, aux secrétariats médicaux du service et à l'unité d'accueil et d'orientation qui gère la majorité des admissions. L'établissement prévoit des actions de sensibilisation de tous les professionnels.
Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	La pratique de la vérification d'identité au bureau des entrées est effective.
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	Chaque acte de soin et /ou de prescription est précédé d'une vérification de la concordance du bénéficiaire de l'acte prescrit.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.	Oui	Le bureau des entrées organise hebdomadairement l'analyse et la rectification des doublons, l'information est transmise au DIM pour l'organisation de l'archivage des dossiers.

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

## Référence 16 : L'accueil du patient

### Critère 16a-SM

#### 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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de séjour.	Oui	
Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	En grande partie	
Le temps d'attente prévisible est annoncé.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	Oui	

## Référence 16 : L'accueil du patient

### Critère 16a-SLD

#### Dispositif d'accueil du patient

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des modalités d'accueil du patient sont définies.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	Oui	
En l'absence de service d'urgence, des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge des personnes se présentant pour une urgence.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de séjour.	Oui	
Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	Partiellement	
Le temps d'attente prévisible est annoncé.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	Non	

## Référence 17 : L'évaluation de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé

### Critère 17a-SM

#### Evaluation 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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	En grande partie	
La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et s'il y a lieu l'entourage.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'évaluations sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	Partiellement	

## Référence 17 : L'évaluation de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé

### Critère 17a-SLD

#### Evaluation 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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	En grande partie	
La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et s'il y a lieu l'entourage.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'évaluations sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	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 18a-SM

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

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 heures/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes.	Oui	
Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	
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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les événements indésirables relatifs à la continuité des soins sont évalués et des actions d'amélioration sont menées.	En grande partie	Les événements indésirables relatifs à la continuité des soins font l'objet d'une évaluation à partir de l'analyse quantitative des fiches de déclaration d'événements indésirables, des actions d'amélioration sont définies mais elles ne sont pas mises en oeuvre.

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

### Critère 18a-SLD

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 heures/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes.	Oui	
Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les secteurs d'activité collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnel(s) référent(s) est désigné pour la prise en charge du patient.	Partiellement	
<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 18b-SM

#### 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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	L'établissement ne procède pas à l'évaluation de l'organisation de la prise en charge des urgences vitales, toutefois des actions d'amélioration sont mises en oeuvre (uniformatisation des chariots d'urgence dans toutes les services de soins)

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

### Critère 18b-SLD

#### 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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	L'établissement ne procède pas à l'évaluation de l'organisation de la prise en charge des urgences vitales, toutefois des actions d'amélioration sont mises en oeuvre (uniformisation des chariots d'urgence dans toutes les services de soins)

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes âgées

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

#### A

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	Oui	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	Partiellement	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	Oui	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les enfants et adolescents

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

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 19a-les 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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	En grande partie	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes démunies

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	Oui	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes détenues

#### 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.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	Oui	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19b-SM

#### 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.	En grande partie	Le CLAN a été réactualisé début 2010.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.	Partiellement	Le poids et l'IMC sont inégalement tracés lors de l'admission. Ils apparaissent sur la fiche d'administration des traitements.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	En grande partie	La présence de la mesure de l'IMC a été évaluée lors de l'audit dossier patient. Une enquête de pratique a été réalisée en 2006.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	Des actions d'amélioration ont porté sur la mise à disposition de matériel, et l'élaboration de fiches de prescription et de régimes.

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19b-SLD

#### Troubles de l'état nutritionnel



### COTATION

### A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	Le CLAN a été réactualisé début 2010.
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	Des actions ont été réalisées auprès des familles et patients.
Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.	Oui	Le poids et l'IMC sont tracés lors de l'admission et en continu.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	La mesure de l'IMC a été évaluée lors de l'audit dossier patient. Une enquête de pratique a été réalisée en 2006.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration ont porté sur la mise à disposition de matériel, et l'élaboration de fiches de prescription et de régimes.

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19c-SM Risque suicidaire

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Partiellement	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19c-SLD Risque suicidaire

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Non	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19d

#### Hospitalisation sans consentement

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

#### COTATION

#### A

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.	Oui	
Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Une sensibilisation et une formation des professionnels à ces modalités d'hospitalisation sont mises en place.	Oui	
Des procédures sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

## Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20a-SM

#### 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	La politique d'amélioration de la qualité du circuit du médicament de l'établissement est formalisée en concertation avec les professionnels concernés. Le projet d'informatisation est intégré dans le SDIH. Le COMEDIMS se réunit 3 fois par an et trace ses rapports.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.	Oui	L'informatisation du circuit du médicament: prescription, dispensation, administration, est en place, connue et utilisée par tous les professionnels de santé.
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	Le protocole d'utilisation de la prescription informatique est en place, connu et utilisé en routine. La prescription est intégrée dans la procédure générale d'organisation de la prise en charge médicamenteuse entièrement informatisée. Une procédure dégradée par prescription papier est prévue en cas de panne informatique. Les nouveaux médecins, dès leur arrivée, sont formés par le DIM et le pharmacien.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Le document d'aide à la prescription, à la dispensation et à l'administration du médicament est à la disposition de tous professionnels de santé. Différents protocoles sont à disposition des professionnels: préparation du pilulier et suivi, traçabilité de l'IMC, transport des médicaments notamment. L'informatisation du circuit du médicament permet de sécuriser les pratiques par validation personnelle des actes de chaque professionnel. La procédure est validée par le COMEDIMS et la pharmacie. Les professionnels de santé ont à disposition en ligne les bases de données de la pharmacopée, et les informations transmises par l'AFSSAPS et les laboratoires pharmaceutiques.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	La continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie du patient, transfert inclus, et sécurisée par la traçabilité horodatée des prescriptions. A la sortie le patient est porteur de son ordonnance imprimée à partir du logiciel en place. Lors des transferts une fiche de liaison est remplie par l'infirmier, complétée par l'impression de la prescription médicale informatisée. Un protocole pour les approvisionnements en dehors des jours ouvrables est en place, connu des professionnels et utilisé.
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Oui	La sécurisation de la dispensation des médicaments est définie par le déploiement du logiciel. Chaque service est suivi au quotidien par un préparateur en pharmacie référent. Les adaptations thérapeutiques sont validées, réalisées sans délai, ainsi que lors de chaque admission. Ce suivi est assuré le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés par un interne en pharmacie sous responsabilité d'un pharmacien sénior d'astreinte. L'analyse et les modalités de délivrance sont assurées. L'acheminement, le stockage et l'approvisionnement d'urgence sont organisés, et les procédures connues des professionnels soignants. Pharmaciens et préparateurs en pharmacie délivrent l'information et les conseils aux utilisateurs, par passages dans les services, par appels téléphoniques et par courriels pour assurer la traçabilité de l'information donnée. Il existe des conventions avec des prestataires externes désignés.

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration des médicaments sont définies dans le protocole et sécurisées par l'informatisation du plan de soin, la traçabilité est validée systématiquement sur informatique par l'infirmier. Les médicaments prescrits si besoin font l'objet d'un commentaire tracé lors de l'éventuelle administration au patient par l'infirmier. Le médecin de permanence en est informé téléphoniquement. La pharmacie suit le stock en temps réel de chaque service de soins.
<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	Les pharmaciens sont alertés à chaque dysfonctionnement lors de la validation des prescriptions et de l'analyse de l'administration des médicaments. Ils interviennent sans délai auprès des professionnels pour les re-sensibiliser. Une formation systématique est assurée auprès de chaque nouvel arrivant infirmier ou médecin par les pharmaciens à leur arrivée pour leur expliquer le fonctionnement du circuit informatisé du médicament, ses objectifs et ses cibles, son utilisation pratique. Cette formation est inscrite dans le plan de formation générale. Des protocoles de soins sont en place en addictologie dans les sevrages complexes.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est en place. Les fiches de déclaration d'événements indésirables et de recueil d'erreur sont informatisées et font partie intégrante du circuit du médicament de l'établissement. Leur analyse est assurée par les pharmaciens.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les règles de prescription sont précisées par la procédure d'utilisation de l'outil informatique en place de la prescription à l'administration. La liste des prescripteurs autorisés est mise à jour et la traçabilité de leurs actes comprenant: identification du patient, nom du médicament, dosage, posologie, voie d'administration, durée du traitement, est assurée par le logiciel informatique.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique de toutes les prescriptions est systématique. Les alertes sont transmises par la pharmacie à chaque prescripteur. En cas d'associations médicamenteuses à risque ou potentiellement dangereuse le pharmacien bloque la dispensation jusqu'à l'optention d'éléments cliniques pertinents ou jusqu'à la modification de la prescription concernée, les échanges entre pharmacien et médecin sont tracés dans le logiciel par intranet immédiatement.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	L'établissement n'a pas d'autorisation pour la préparation pharmaceutique.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les situations nécessitant une information thérapeutique particulière sont identifiées en soins somatiques et bénéficient de fiches d'information à disposition. Les soins psychiatriques font l'objet d'une information orale des médecins et des autres soignants, mais elle est peu tracée dans le dossier. Certains patients psychotiques s'inscrivent dans des actions d'éducation pour la santé spécialement organisées pour eux en intra et en extra-hospitalier.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	L'informatisation du circuit du médicament et de la prescription permet la traçabilité dans le dossier du patient de l'administration des médicaments systématiquement par l'infirmier. Nous avons constaté des absences de traçabilité de l'administration.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.	NA	L'établissement n'est pas soumis au contrat de bon usage des médicaments.
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Un suivi en routine est assuré par la pharmacie en continu, cette vigilance permet des actions correctives, d'amélioration et de restitution par retour d'expérience. Le Comédims et le Clin assurent respectivement un suivi des antipsychotiques et celui des antibiotiques. Il n'existe pas d'audit global formalisé de l'ensemble du circuit du médicament car l'établissement n'est pas soumis au CBUM.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Des EPP sont menées sur la pertinence des prescriptions des médicaments, notamment chez les personnes âgées, les patients schizophrènes, chez les patients alcooliques en sevrage complexe, et sur l'observance thérapeutique. Le programme qualité de gestion des risques prend en compte le bon usage du médicament en liaison avec la pharmacie et les professionnels de santé.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés par les pharmaciens grâce au suivi des prescriptions dans le logiciel utilisé. Les signalements font l'objet d'une traçabilité intranet, d'actions correctives validées, de retour d'information auprès des professionnels. Le suivi des erreurs médicamenteuses est assuré par le département de la qualité et de la prévention des risques. Son bilan est présenté en Comédims, en CME et à la Cruq.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La coordination et le suivi des actions d'amélioration sont structurés avec la pharmacie, le Comédims, la direction des soins et la cellule qualité. Le dispositif d'information des professionnels est en place et fonctionne au cas par cas avec la mise en oeuvre d'actions d'amélioration. Le programme d'amélioration de la qualité de l'établissement est en cours de mise en place. Il n'existe pas de staff de revue d'erreurs médicamenteuses, ni de supports de rétro-information des professionnels.</p>

## Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20a-SLD

#### 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	La politique d'amélioration de la qualité du circuit du médicament de l'établissement est formalisée en concertation avec les professionnels concernés. Le projet d'informatisation est intégré dans le SDIH. Le COMEDIMS se réunit 3 fois par an et trace ses rapports
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.	Oui	L'informatisation du circuit du médicament: prescription, dispensation, administration, est en place, connu et utilisé par tous les professionnels de santé. Le service a été expérimentateur du circuit du médicament informatisé et bénéficie d'un retour d'expérience positif.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	Le protocole d'utilisation de la prescription informatique est en place, connu et utilisé en routine, elle est intégrée dans la procédure générale d'organisation de la prise en charge médicamenteuse entièrement informatisée. Une procédure dégradée par prescription papier est prévue en cas de panne informatique. Les nouveaux médecins, dès leur arrivée, sont formés par le DIM et le pharmacien. Des protocoles spécifiques pour la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs sont en place. En liaison avec le Clan des fiche protocolées pour la mesure du poids et le calcul de l'IMC en systématique chez la personne âgée.
Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Le document d'aide à la prescription, à la dispensation et à l'administration du médicament est à la disposition de tous professionnels de santé. L'informatisation du circuit du médicament permet de sécuriser les pratiques par validation personnelle des actes de chaque professionnel. La procédure est validée par le COMEDIMS et la pharmacie. Les professionnels de santé ont à disposition en ligne les bases de données de la pharmacopée, et les informations transmises par l'AFSSAPS et les laboratoires pharmaceutiques.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	La continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie du patient, transfert inclus, et sécurisée par la traçabilité horodatée des prescriptions. A la sortie le patient est porteur de son ordonnance imprimée à partir du logiciel en place. Lors des transferts une fiche de liaison est remplie par l'infirmier, complétée par l'impression de la prescription médicale informatisée. Un protocole pour les approvisionnements en dehors des jours ouvrables est en place, connu des professionnels et utilisé. La prise en charge médicamenteuse du patient est tracée dans le projet de vie individualisé et est régulièrement réévaluée.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>La sécurisation de la dispensation des médicaments est définie par le déploiement du logiciel. Chaque service est suivi au quotidien par un préparateur en pharmacie référent. Les adaptations thérapeutiques sont validées, réalisées sans délai, ainsi que lors de chaque admission. Ce suivi est assuré le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés par un interne en pharmacie sous responsabilité d'un pharmacien sénior d'astreinte. L'analyse et les modalités de délivrance sont assurées. L'acheminement, le stockage et l'approvisionnement d'urgence sont organisés, et les procédures connues des professionnels soignants. Pharmaciens et préparateurs en pharmacie délivrent l'information et les conseils aux utilisateurs, par passages dans les services, par appels téléphoniques et par courriels pour assurer la traçabilité de l'information donnée. Il existe des conventions avec des prestataires externes désignés.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies dans le protocole et sécurisées par l'informatisation du plan de soin, la traçabilité est validée systématiquement sur informatique par l'infirmier. Les médicaments prescrits si besoin font l'objet d'un commentaire tracé lors de l'éventuelle administration au patient par l'infirmier. Le médecin de permanence en est informé téléphoniquement. La pharmacie suit le stock en temps réel de chaque service de soins.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Les pharmaciens sont alertés à chaque dysfonctionnement lors de la validation des prescriptions et de l'analyse de l'administration des médicaments. Ils interviennent sans délai auprès des professionnels pour les re-sensibiliser. Une formation systématique est assurée auprès de chaque nouvel arrivant infirmier ou médecin par les pharmaciens à leur arrivée pour leur expliquer le fonctionnement du circuit informatisé du médicament, ses objectifs et ses cibles, son utilisation pratique. Cette formation est inscrite dans le plan de formation générale. Deux EPP sont en oeuvre sur les soins palliatifs et les chutes liées au traitement notamment.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est en place. Les fiches de déclaration d'événements indésirables et de recueil d'erreur sont informatisées et font partie intégrante du circuit du médicament de l'établissement. leur analyse est assurée par les pharmaciens.
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les règles de prescription sont précisées par la procédure d'utilisation de l'outil informatique en place de la prescription à l'administration. La liste des prescripteurs autorisés est mise à jour et la traçabilité de leurs actes comprenant: identification du patient, nom du médicament, dosage, posologie, voie d'administration, durée du traitement, est assurée par le logiciel informatique. La prise en charge de la douleur fait l'objet d'une évaluation et de synthèses entre professionnels.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique de toutes les prescriptions est systématique. Les alertes sont transmises par la pharmacie à chaque prescripteur. En cas d'associations médicamenteuses à risque ou potentiellement dangereuse le pharmacien bloque la dispensation jusqu'à l'obtention d'éléments cliniques pertinents ou jusqu'à la modification de la prescription concernée, les échanges entre pharmacien et médecin sont tracés dans le logiciel par intranet immédiatement.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	L'établissement n'a pas d'autorisation pour la préparation pharmaceutique.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les situations nécessitant une information thérapeutique particulière sont identifiées et tracées en soins somatiques. Elles bénéficient de fiches d'information à disposition, remises au patient et à l'entourage. Des actions d'éducation pour la santé adaptées à l'état des patients sont en place.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	L'informatisation du circuit du médicament et de la prescription permet la traçabilité dans le dossier du patient de l'administration des médicaments systématiquement par l'infirmier.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.	NA	L'établissement n'est pas soumis au contrat de bon usage des médicaments.
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Un suivi en routine est assuré par la pharmacie en continu, cette vigilance permet des actions correctives, d'amélioration et de restitution par retour d'expérience. Des retours d'expérience sont réalisés chaque année. Le Comédims, le groupe de travail de gériatrie et le Clin assurent respectivement un suivi des antipsychotiques, des psychotropes facteurs de chutes et celui des antibiotiques.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Des EPP sont menées sur la pertinence des prescriptions des médicaments chez les personnes âgées. Le programme qualité de gestion des risques prend en compte le bon usage du médicament en liaison avec la pharmacie et les professionnels de santé.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés par les pharmaciens grâce au suivi des prescriptions dans le logiciel utilisé. Les signalements font l'objet d'une traçabilité intranet, d'actions correctives validées, de retour d'information auprès des professionnels. Le suivi des erreurs médicamenteuses est assuré par le département de la qualité et de la prévention des risques. Son bilan est présenté en Comédims, en CME et à la Cruq.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>La coordination et le suivi des actions d'amélioration sont structurés avec la pharmacie, le Comédims, la direction des soins, la cellule qualité et les médecins gériatres. Le dispositif d'information des professionnels est en place et fonctionne au cas par cas avec mise en oeuvre d'actions d'amélioration. Un groupe de travail est en place pour réfléchir et acter le programme d'amélioration de la qualité. Des staffs de revue d'erreurs médicamenteuses ont permis de mettre en place des actions d'amélioration, notamment concernant l'utilisation des DCI et les génériques, des solutés glucosés. Des supports papiers de rétro-information des professionnels sont en place.</p>

## Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20b-SM

#### 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 20b-SLD

#### Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une réflexion est menée dans l'établissement sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Partiellement	
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	Partiellement	

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

### Critère 21a-SM

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les laboratoires de biologie médicale (y compris coopération et sous-traitance).	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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 oeuvre.	En grande partie	

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

### Critère 21a-SLD

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

COTATION		A
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les laboratoires de biologie médicale (y compris coopération et sous-traitance).	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	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 oeuvre.	En grande partie	

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

### Critère 21b

#### Démarche qualité en laboratoire

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

#### COTATION

**A**

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

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

### Critère 22a-SM

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Non	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (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 oeuvre.	Oui	

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

### Critère 22a-SLD

#### 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.	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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 22b

#### Démarche qualité en service d'imagerie

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

#### COTATION

#### A

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

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

### Critère 23a-SM

#### 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.	Partiellement	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	Partiellement	
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 23a-SLD

#### 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.	Partiellement	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	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 24 : La sortie du patient

### Critère 24a-SM Sortie du patient



#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La sortie ou le transfert du patient est organisé en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient.	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.	En grande partie	La participation du patient ou/et de son entourage n'est pas tracée dans le dossier

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.	Oui	
Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient.	En grande partie	Le double de l'ordonnance de sortie n' a pas été retrouvé dans tous les dossiers consultés.
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	En grande partie	Le désaccord du patient pour l'envoi du compte rendu au médecin traitant n'est pas tracé dans les dossiers. Pour les sorties en institutions une fiche de liaison infirmière accompagne le compte rendu d'hospitalisation. Un audit du dossier patient réalisé fin 2009, montre que les délais d'envoi des CRH sont plus longs que la recommandation des 8 jours après la sortie pour 50 % des dossiers étudiés.
<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.	Partiellement	La qualité des informations transmises n'est pas formellement évaluée, si ce n'est lors de rencontres avec les partenaires.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	La pertinence des orientations à la sortie n'est pas évaluée a posteriori mais s'inscrit dans l'élaboration du projet de sortie.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

## Référence 24 : La sortie du patient

### Critère 24a-SLD Sortie du patient



#### COTATION

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La sortie ou le transfert du patient est organisé en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient.	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	Les sorties sont exceptionnelles et sont organisées avec les professionnels d'aval. Les démarches s'inscrivent dans le projet de vie du patient
Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.	Oui	Les familles sont régulièrement conviées à des rencontres avec les service. L'avis de la famille ou de l'entourage est requis.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.	Oui	
Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	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.	Oui	Il y a peu de mutations de patients et les sorties sont exceptionnelles.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	Il y a peu de mutations de patients et les sorties sont exceptionnelles. Dans ces hypothèses les démarches s'inscrivent dans le projet de vie du patient et font l'objet de réunions de synthèse.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

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



### Critère 25a

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

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

### COTATION

NA

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

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

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



### Critère 26a

#### Organisation du bloc opératoire

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

### COTATION

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des circuits spécifiques sont définis pour les différents modes de prise en charge (hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées).	NA	
Les locaux, l'équipement sont conformes et font l'objet d'une démarche qualité.	NA	
La charte de fonctionnement définie et validée par un conseil de bloc précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.	NA	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médicotechnique, technique et logistique.	NA	
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	NA	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Pour chaque intervention chirurgicale, la procédure de vérification de l'acte est mise en oeuvre par un membre identifié de l'équipe opératoire.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

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

### Critère 26b-radiothérapie

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

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

#### COTATION

NA

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

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

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

### Critère 26b-médecine nucléaire

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

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

#### COTATION

NA

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

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

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

### Critère 26b-salle de naissance

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

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

### COTATION

**NA**

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

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

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

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

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

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

#### COTATION

NA

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

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

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

### Critère 26b-électroconvulsivothérapie

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

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

#### COTATION

#### A

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	En grande partie	
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.	Oui	

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

### Critère 26b-endoscopie

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

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

#### COTATION

NA

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

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

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

### Critère 26c

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

#### COTATION

**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.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique et sont formés notamment en matière d'information des familles.	En grande partie	
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

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

### Critère 27a

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

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la continuité des soins est organisé entre secteurs de soins de suite et réadaptation, activité clinique, médicotechnique, technique et logistique.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le projet personnalisé de prise en charge qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation est élaboré avec le patient, son entourage et en concertation avec tous les professionnels concernés.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28a

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

#### COTATION

A

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

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

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28b

#### Pertinence des soins

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique assurent le suivi des actions d'amélioration et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.	Oui	

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28c

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



### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	Oui	
Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	Oui	

## 6. BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

## BILAN DES CONTRÔLES EFFECTUÉS ET INSPECTIONS CONCERNANT LA SÉCURITÉ SANITAIRE EN RELATION AVEC LES MRIICE (Uniquement effectués par organismes et autorités externes)

Nom de l'établissement : CHS DE LA CHARTREUSE

N°FINESS : 210987632

Cette fiche interface n'a pas fait l'objet d'une mise à jour suite au traitement de la modalité de suivi

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	IRP	29/11/2000	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stérilisation des dispositifs médicaux	IRP	02/02/2002	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Activité arrêtée, sous-traitance CHU puis GCS
Désinfection des dispositifs médicaux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	DRASS Inspection des pharmacies	09/01/2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infrastructures			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite <input type="checkbox"/> périodique	Commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité	14/12/2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité électrique	APAVE	Mai 2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	DDSV	03/07/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage médical			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage technique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux chaudes sanitaires	Laboratoire Départemental	Novembre 2008	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Déchets à risques radioactifs			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits sanguins labiles			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné
Sécurité anesthésique	TBS	26/05/2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secteur opératoire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné
Imagerie et exploration fonctionnelle	APAVE	Sept 2008	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiothérapie			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	APAVE	Juin 2008	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

# PLANS D' ACTIONS ENGAGEANT L'ÉTABLISSEMENT POUR LA PROCHAINE ITÉRATION DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION

## Plan d'actions : N°1

- **Rappel du critère faisant l'objet de la décision (n° et libellé) : 11c - SM (Information du patient en cas de dommages liés aux soins)**

<b>Titre du projet d'amélioration</b>	Informer le patient en cas de dommages liés aux soins
<b>Problématique</b>	<p><b>E1-EA1 (Partiellement)</b> 1 - L'établissement n'a pas structuré de démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, toutefois, l'information verbale est assurée ponctuellement et au cas par cas.</p> <p><b>E2-EA1 (En grande partie)</b> 1 - La formation des professionnels n'est pas organisée.</p> <p><b>E2-EA2 (Partiellement)</b> 1 - La mise en œuvre de la démarche est réalisée, par les médecins référents de la prise en charge, lorsque les situations rencontrées le nécessitent et relayée par l'encadrement paramédical si besoin.</p> <p><b>E3- EA1 (Partiellement)</b> 1 - L'évaluation de l'information au patient est analysée ponctuellement lors de synthèses mais elle ne fait pas l'objet d'actions d'améliorations planifiées.</p>
<b>Résultats attendus :</b> - objectifs intermédiaires - objectifs ultimes	<p><b>E1-EA1 (Partiellement)</b> 1 – Formalisation de la conduite à tenir en cas de dommages liés aux soins</p> <p><b>E2-EA1 (En grande partie)</b> 2 – Programmation d'actions de formation sur l'information à faire au patient en cas de dommages liés aux soins</p> <p><b>E2-EA2 (Partiellement)</b> 3 - Sensibilisation des professionnels à l'information en cas de dommages liés aux soins</p> <p><b>E3- EA1 (Partiellement)</b> 4 - Evaluation dans le Dossier Patient l'information donnée au patient en cas de dommages liés aux soins en lien avec le groupe DP</p>
<b>Responsabilité :</b> - chef de projet - équipe de réalisation	Chef de projet : un médecin psychiatre et un cadre de santé Equipe de réalisation : un praticien, 3 cadres de santé, une infirmière de psychiatrie générale, une infirmière de pédopsychiatrie et une psychomotricienne.

- <b>personnes ressources</b>	Personnes ressources : gestionnaire de risques, coordonnateurs des risques liés aux soins médical et soignant, un médecin, un cadre supérieur de santé, un responsable qualité
<b>Échéancier de réalisation</b>	<p><b>E1-EA1 (Partiellement)</b> 1 – Formaliser la conduite à tenir en cas de dommages liés aux soins <input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Septembre 2011</i>)</p> <p><b>E2-EA1 (En grande partie)</b> 2 – Former les professionnels sur l'information à faire au patient en cas de dommages liés aux soins <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Juin 2011</i>)</p> <p><b>E2-EA2 (Partiellement)</b> 3 - Sensibiliser les professionnels à l'information en cas de dommages liés aux soins <input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Juin 2011 – Novembre 2011</i>)</p> <p><b>E3- EA1 (Partiellement)</b> 4 - Evaluer dans le Dossier Patient l'information donnée au patient en cas de dommages liés aux soins en lien avec le groupe DP puis mettre en en place un plan d'actions d'amélioration <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévue (<i>Février 2012</i>)</p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	<p><b>E1-EA1 (Partiellement)</b> 1 – Evaluer le dossier patient <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévue (<i>Février 2012</i>)</p> <p><b>E2-EA1 (En grande partie)</b> 2 – Evaluer le nombre de personnes formées <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Juin 2011</i>)</p> <p><b>E2-EA2 (Partiellement)</b> 3 – Evaluer le nombre de personnes sensibilisées à l'information en cas de dommages liés aux soins <input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Juin 2011 – Novembre 2011</i>)</p> <p><b>E3- EA1 (Partiellement)</b> 4 – Réaliser le bilan de l'évaluation et actions d'amélioration <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévue (<i>Mars 2012</i>)</p>
<b>Modalités de suivi et de pérennisation des résultats</b>	<p>Une évaluation des dossiers patient est réalisée tous les ans. Les soignants sont sensibilisés une fois par an sur cette thématique. Le plan d'actions « information en cas de dommages liés aux soins » est présenté à chaque CME. Le suivi du plan d'actions est assuré par le groupe de travail ad'hoc.</p>
<b>Validation institutionnelle</b>	<p>Le plan d'actions relatif à l'information en cas de dommages liés aux soins est présenté à chaque CME. L'information en cas de dommages liés aux soins fait partie des axes prioritaires de la politique</p>

	qualité et risques.
<b>Planification des revues de projet</b>	Les réunions du groupe de travail « information en cas de dommages liés aux soins » sont planifiées sur l'année. Le suivi est réalisé lors des réunions trimestrielles du comité de pilotage de la qualité et des risques et de la CME, description de l'état d'avancement du plan d'actions.

## Plan d'actions : N°2

- Rappel du critère faisant l'objet de la décision (n° et libellé) : 13a - SM (Prise en charge et droits des patients en fin de vie)

<b>Titre du projet d'amélioration</b>	Assurer la prise en charge et s'assurer des droits des patients en fin de vie
<b>Problématique</b>	<p><b>E1-EA2 (Non)</b> 1 - Les modalités de recueil de la volonté du patient ne sont pas formalisées.</p> <p><b>E2-EA2 (Partiellement)</b> 1 - L'établissement n'a pas mis en œuvre une information sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005, au vu de la rareté des patients suivis en fin de vie.</p> <p><b>E3- EA3 (Non)</b> 1 - Les experts n'ont pu constater, ni être informés, durant la visite, de réflexions formalisées sur ces situations.</p>
<b>Résultats attendus :</b> - objectifs intermédiaires - objectifs ultimes	<p><b>E1-EA2 (Non)</b> 1- Formaliser les modalités de recueil de la volonté du patient</p> <p><b>E2-EA2 (Partiellement)</b> 1 – Organiser une conférence concernant les dispositifs légaux concernant les droits des patients en fin de vie 2 - Rédiger une lettre OQS (Objectif Qualité Sécurité) spéciale sur la loi Léonetti</p> <p><b>E3- EA3 (Non)</b> 1 – Tracer dans le dossier patient les situations d'obstination déraisonnable et la limitation ou arrêt de traitement à visée curative 2 – Evaluer le processus de prise en charge des patients en fin de vie</p>
<b>Responsabilité :</b> - chef de projet - équipe de réalisation - personnes ressources	<p>Chef de projet : un cadre de santé</p> <p>Equipe de réalisation : 3 cadres de santé, un médecin psychiatre, un médecin somaticien, un médecin gériatre, 3 ASHQ Long Séjour et psychiatrie, 4 IDE Long Séjour et psychiatrie, 4 AS Long Séjour et psychiatrie,</p> <p>Personnes ressources : un médecin, un cadre supérieur de santé, un responsable qualité</p>
<b>Échéancier de réalisation</b>	<p><b>E1-EA2 (Non)</b> 1 - Formaliser les modalités de recueil de la volonté du patient <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Juin 2011</i>)</p> <p><b>E2-EA2 (Partiellement)</b> 1 – Organiser une conférence concernant les dispositifs légaux concernant les droits des patients en fin de vie</p>

	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue ( <i>Octobre 2010</i> ) 2 - Rédiger une lettre OQS (Objectif Qualité Sécurité) spéciale sur la loi Léonetti <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue ( <i>Juin 2011</i> )  <b>E3- EA3 (Non)</b> 1 – Tracer dans le dossier patient les situations d'obstination déraisonnable et la limitation ou arrêt de traitement à visée curative <input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue ( <i>Septembre 2011</i> ) 2 – Evaluer le processus de prise en charge des patients en fin de vie <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévue ( <i>Avril 2012</i> )
<b>Modalités d'évaluation</b>	<b>E1-EA2 (Non)</b> 1 - Evaluer dans le dossier patient la traçabilité du recueil des directives anticipées <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévue ( <i>Février 2012</i> )  <b>E2-EA2 (Partiellement)</b> 1 – Evaluer le nombre de personnes sensibilisées <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue ( <i>Octobre 2010</i> ) 2 - Aucune action d'évaluation prévue  <b>E3- EA3 (Non)</b> 1 – Evaluer dans le dossier patient la traçabilité du recueil des directives anticipées <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévue ( <i>Février 2012</i> ) 2 – Evaluer le processus de prise en charge des patients en fin de vie <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévue ( <i>Avril 2012</i> )
<b>Modalités de suivi et de pérennisation des résultats</b>	Une évaluation des dossiers patient est réalisée tous les ans. Les soignants sont sensibilisés une fois par an sur cette thématique. Le plan d'actions « prise en charge et droits des patients en fin de vie » est présenté à chaque CME. Le suivi du plan d'actions est assuré par le groupe de travail ad'hoc.
<b>Validation institutionnelle</b>	Le plan d'actions relatif à la prise en charge et droits des patients en fin de vie est présenté à chaque CME. La prise en charge et droits des patients en fin de vie fait partie des axes prioritaires de la politique qualité et risques.
<b>Planification des revues de projet</b>	Les réunions du groupe de travail « fin de vie » sont planifiées sur l'année (2 réunions en 2011). Le suivi est réalisé lors des réunions trimestrielles du comité de pilotage de la qualité et des risques et de la CME.

## Plan d'actions : N°3

### - Rappel du critère faisant l'objet de la décision (n° et libellé) : 14a - SM (Gestion du dossier du patient)

Titre du projet d'amélioration	Améliorer la gestion du dossier patient (formalisation des règles d'utilisation, informatisation et évaluation)
<p><b>Problématique</b></p>	<p><b>E1-EA1 (En grande partie)</b>            1 - Le protocole de tenue du dossier patient organise le classement des informations par pochettes mais n'en précise pas formellement le contenu.            2 - Le contenu du dossier n'est pas inventorié avant archivage.</p> <p><b>E1-EA2 (En grande partie)</b>            1 - Un même dossier peut contenir plusieurs séquences de soins qui ne sont pas toujours différenciées.            2 - Le protocole d'archivage central pour les dossiers non ouverts depuis 3 ans n'est que partiellement appliqué et certains dossiers sont stockés dans des cartons dans les bureaux.</p> <p><b>E2-EA1 (En grande partie)</b>            1 - L'évaluation du dossier patient réalisée en fin 2009 montre un déficit d'information sur le recueil de la personne de confiance, la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque et le consentement. Les informations transmises aux patients sont peu renseignées.            2 - Les doubles de courrier de sortie ne sont pas systématiquement intégrés au dossier. Les dossiers consultés confirment cette évaluation.</p> <p><b>E2-EA2 (En grande partie)</b>            1 - Les dossiers de plus de 3 ans ne sont pas tous aux archives centrales suite à des difficultés logistiques et restent dans des cartons aux secrétariats médicaux.</p> <p><b>E3-EA1 (En grande partie)</b>            1 - Un premier audit du dossier a été réalisé en 2009. Le plan d'action n'est pas formalisé.</p> <p><b>E3-EA2 (Partiellement)</b>            1 - Le plan d'action d'amélioration du dossier patient n'est pas formalisé.</p>
<p><b>Résultats attendus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- objectifs intermédiaires</li> <li>- objectifs ultimes</li> </ul>	<p><b>E1-EA1 (En grande partie)</b>            1 – Formaliser le contenu des pochettes dans la procédure de tenue du dossier            2- Préparer une check-list pour uniformiser le tri des dossiers avant archivage</p> <p><b>E1-EA2 (En grande partie)</b>            1 – Formaliser le contenu des pochettes dans la procédure de tenue du dossier            2 – Former et réunir un groupe de travail sur l'archivage du dossier</p>

	<p><b>E2-EA1 (En grande partie)</b>  1 – Créer une pochette "informations liées au patient" à l'intérieur du dossier médical  1 - Sensibiliser les médecins à tracer l'information en Collège médical et en CME  1 - Créer une check-list des informations à donner au patient  2 – Faire un courrier aux médecins leur rappelant les contenus du courrier de sortie et les délais réglementaires d'envoi des CRH ainsi que les documents à tracer dans le dossier  1, 2 - Faire valider à la CME la fiche de traçabilité de l'information et la trame de courrier de sortie  1, 2 - Réaliser une nouvelle évaluation du dossier patient</p> <p><b>E2-EA2 (En grande partie)</b>  1 – Former un groupe de travail sur l'archivage du dossier</p> <p><b>E3-EA1 (En grande partie)</b>  1 – Formaliser un plan d'actions dossier patient</p> <p><b>E3-EA2 (Partiellement)</b>  1 – Formaliser un plan d'actions dossier patient</p>
<p><b>Responsabilité :</b>  - chef de projet  - équipe de réalisation  - personnes ressources</p>	<p>Chef de projet : Médecin DIM, Praticien hospitalier  Equipe de réalisation : Président CME, 4 cadres de santé, un cadre supérieur de santé, 2 secrétaires médicales, une assistante sociale, une infirmière  Personnes ressources : un médecin, un cadre supérieur de santé, un responsable qualité</p>
<p><b>Échéancier de réalisation</b></p>	<p><b>E1-EA1 (En grande partie)</b>  1 – Formaliser le contenu des pochettes dans la procédure de tenue du dossier  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Septembre 2010</i>)  2 – Préparer une check-list pour uniformiser le tri des dossiers avant archivage  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Décembre 2010</i>)</p> <p><b>E1-EA2 (En grande partie)</b>  1 – Formaliser le contenu des pochettes dans la procédure de tenue du dossier  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Septembre 2010</i>)  2 - Former et réunir un groupe de travail sur l'archivage du dossier  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Avril 2011</i>)</p> <p><b>E2- EA1 (En grande partie)</b>  1 – Créer une pochette "informations liées au patient" à l'intérieur du dossier médical  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Décembre 2010</i>)  1 – Sensibiliser les médecins à tracer l'information en Collège médical et en CME  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Janvier 2011</i>)</p>

	<p>1 - Créer une check-list des informations à donner au patient  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévüe (<i>Janvier 2011</i>)</p> <p>2 – Faire un courrier aux médecins leur rappelant les contenus du courrier de sortie et les délais réglementaires d'envoi des CRH ainsi que les documents à tracer dans le dossier  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévüe (<i>Mars 2011</i>)</p> <p>1, 2 - Faire valider à la CME la fiche de traçabilité de l'information et la trame de courrier de sortie  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévüe (<i>Avril 2011</i>)</p> <p>1, 2 - Réaliser une nouvelle évaluation du dossier patient  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévüe (<i>En continu</i>)</p> <p><b>E2-EA2 (En grande partie)</b>  1 – Former et réunir un groupe de travail sur l'archivage du dossier  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévüe (<i>Avril 2011</i>)</p> <p><b>E3-EA1 (En grande partie)</b>  1 – Formaliser un plan d'actions dossier patient  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévüe (<i>Août 2010</i>)</p> <p><b>E3-EA2 (Partiellement)</b>  1 – Formaliser un plan d'actions dossier patient  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévüe (<i>Août 2010</i>)</p>
<p><b>Modalités d'évaluation</b></p>	<p><b>E1-EA1 (En grande partie)</b>  1 – Evaluer la procédure de tenue du dossier  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévüe (<i>Novembre 2010</i>)</p> <p>2 - Evaluer la procédure d'archivage  <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévüe (<i>Septembre 2011</i>)</p> <p><b>E1-EA2 (En grande partie)</b>  1 – Evaluer la procédure de tenue du dossier  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévüe (<i>Novembre 2010</i>)</p> <p>2 – Evaluer la procédure d'archivage  <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévüe (<i>Septembre 2011</i>)</p> <p><b>E2-EA1 (En grande partie)</b>  1, 2 – Evaluer dans le dossier patient la traçabilité de l'information  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévüe (<i>En continu</i>)</p> <p>1, 2 - Recueillir les indicateurs relatifs à la tenue du dossier patient et au délai d'envoi du compte rendu de fin d'hospitalisation  <input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévüe (<i>une fois par an</i>)</p>

	<p><b>E2-EA2 (En grande partie)</b>  1 – Evaluer la procédure d’archivage  <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévue (<i>Septembre 2011</i>)</p> <p><b>E3-EA1 (En grande partie)</b>  1 – Evaluer le taux de réalisation du plan d’actions  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>En continu</i>)</p> <p><b>E3-EA2 (Partiellement)</b>  1 – Evaluer le taux de réalisation du plan d’actions  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>En continu</i>)</p>
<b>Modalités de suivi et de pérennisation des résultats</b>	<p>Une évaluation des dossiers patient est réalisée tous les ans (indicateurs tenue du dossier patient et délai d’envoi des comptes-rendus d’hospitalisation).  Le plan d’actions dossier patient est présenté à chaque CME.  Le suivi du plan d’actions est assuré par le groupe de travail ad’hoc.</p>
<b>Validation institutionnelle</b>	<p>Le plan d’actions relatif au dossier patient est présenté lors de chaque CME. La gestion du dossier du patient fait partie des axes prioritaires de la politique qualité et risques.</p>
<b>Planification des revues de projet</b>	<p>Les réunions du groupe de travail « dossier patient » sont planifiés sur l’année (6 réunions en 2011).  Le suivi est réalisé lors des réunions trimestrielles du comité de pilotage de la qualité et des risques et de la CME.</p>

## Plan d'actions : N°4

- Rappel du critère faisant l'objet de la décision (n° et libellé) : 15a - SM (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge)

<b>Titre du projet d'amélioration</b>	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
<b>Problématique</b>	<p><b>E1-EA1 (En grande partie)</b> 1 - La procédure et la charte d'identitovigilance sont en cours de validation.</p> <p><b>E2-EA1 (Partiellement)</b> 1 - Les secrétariats médicaux intrahospitaliers et les professionnels de l'unité d'accueil et d'orientation qui gère la majorité des admissions sont inégalement informés de la démarche. 2 - Pour les secrétariats extra-hospitaliers et les autres unités de soins l'information est plus aléatoire.</p> <p><b>E2-EA3 (En grande partie)</b> 1 - Chaque acte de soin est réalisé au vu de la prescription.</p> <p><b>E3-EA1 (En grande partie)</b> 1- Le bureau des entrées organise hebdomadairement l'analyse et la rectification des doublons, l'information est transmise au DIM pour l'organisation de l'archivage des dossiers.</p>
<b>Résultats attendus :</b> - objectifs intermédiaires - objectifs ultimes	<p><b>E1-EA1 (En grande partie)</b> 1 – Valider et diffuser la procédure et la charte d'identitovigilance 2 – Compléter la procédure avec les cas particuliers (anonymat)</p> <p><b>E2-EA1 (Partiellement)</b> 1- Former à l'identitovigilance le personnel de l'Unité Médicale d'Accueil et d'Orientation 1 – Former à l'identitovigilance les secrétariats médicaux 1,2 – Formaliser et diffuser une affiche identitovigilance 2 – Former à l'identitovigilance le personnel soignant</p> <p><b>E2-EA3 (En grande partie)</b> 1 - Rédiger un guide pour la prescription informatique des examens de biologie médicale</p> <p><b>E3-EA1 (En grande partie)</b></p>

	1 – Assurer le suivi des indicateurs : nombre de dossiers fusionnés, nombre et type de non conformité au laboratoire, nombre de fiches de correction d'identité, nombre de correction d'identité au laboratoire
<b>Responsabilité :</b> - <b>chef de projet</b> - <b>équipe de réalisation</b> - <b>personnes ressources</b>	Chef de projet : Chef de service Laboratoire Equipe de réalisation : un cadre de santé, une secrétaire médicale, agent bureau des entrées, un praticien hospitalier, gestionnaire des risques Personnes ressources : responsable qualité
<b>Échéancier de réalisation</b>	<p><b>E1-EA1 (En grande partie)</b> 1 – Valider et diffuser la procédure et la charte d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Septembre 2010</i>) 2 – Compléter la procédure avec les cas particuliers (anonymat) <input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Décembre 2011</i>)</p> <p><b>E2-EA1 (Partiellement)</b> 1- Former à l'identitovigilance le personnel de l'Unité Médicale d'Accueil et d'Orientation <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Septembre 2010</i>) 1 – Former à l'identitovigilance les secrétariats médicaux <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Février 2011</i>) 1, 2 – Formaliser et diffuser une affiche identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Février 2011</i>) 2 – Former à l'identitovigilance le personnel soignant <input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Plan 2011-2012</i>)</p> <p><b>E2-EA3 (En grande partie)</b> 1 - Rédiger un guide pour la prescription informatique des examens de biologie médicale <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévue (<i>Décembre 2011</i>)</p> <p><b>E3-EA1 (En grande partie)</b> 1 – Assurer le suivi des indicateurs : nombre de dossiers fusionnés, nombre et type de non conformité au laboratoire, nombre de fiches de correction d'identité, nombre de correction d'identité au laboratoire <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>En continu</i>)</p>
<b>Modalités d'évaluation</b>	<p><b>E1-EA1 (En grande partie)</b> 1 – Réaliser une enquête pour voir si la procédure est connue <input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>Octobre 2011</i>) 1 – Evaluer l'utilisation des étiquettes</p>

	<p><input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>En continu</i>)</p> <p><b>E2-EA1 (Partiellement)</b>  1- Evaluer l'impact des formations sur les pratiques professionnelles : nombre de fiches de correction d'identité, nombre de correction d'identité au laboratoire, nombre de dossiers fusionnés  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>En continu</i>)</p> <p><b>E2-EA3 (En grande partie)</b>  Assurer le suivi des indicateurs : nombre de dossiers fusionnés, nombre et type de non conformité au laboratoire, nombre de fiches de correction d'identité, nombre de correction d'identité au laboratoire  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>En continu</i>)</p> <p><b>E3-EA1 (En grande partie)</b>  Assurer le suivi des indicateurs : nombre de dossiers fusionnés, nombre et type de non conformité au laboratoire, nombre de fiches de correction d'identité, nombre de correction d'identité au laboratoire  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévue (<i>En continu</i>)</p>
<b>Modalités de suivi et de pérennisation des résultats</b>	<p>Des indicateurs sont suivis en routine au laboratoire et au bureau des entrées : nombre d'évènements indésirables identitovigilance, nombre de dossiers fusionnés, nombre de fiches de correction d'identité, nombre et type de non conformité au laboratoire, nombre de correction d'identité au laboratoire, nombre de personnes formées, nombre de séances de formation ...</p> <p>Le plan d'actions identitovigilance est présenté à chaque CME.  Le suivi du plan d'actions est assuré par le groupe de travail ad'hoc.</p>
<b>Validation institutionnelle</b>	<p>Le plan d'actions relatif à l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge est présenté lors de chaque CME. L'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge fait partie des axes prioritaires de la politique qualité et risques.</p>
<b>Planification des revues de projet</b>	<p>Les réunions du groupe de travail « identitovigilance » sont planifiées sur l'année (6 réunions en 2011).  Le suivi est réalisé lors des réunions trimestrielles du comité de pilotage de la qualité et des risques et de la CME.</p>

## Plan d'actions : N°5

### - Rappel du critère faisant l'objet de la décision (n° et libellé) : 12a - SM (Prise en charge de la douleur)

<b>Titre du projet d'amélioration</b>	Prise en charge de la douleur
<b>Problématique</b>	<p><b>E2-EA2 (En Grande partie)</b> 1 – Un engagement de l'établissement dans la lutte contre la douleur est intégré dans le livret d'accueil. Des ateliers thérapeutiques sur les médicaments et la prise en charge de la douleur sous forme de jeu (questions-réponses) et sur prescription médicale sont prévus à partir de septembre 2011.</p> <p><b>E2-EA3 (Partiellement)</b> 1 - La traçabilité de l'évaluation de la douleur n'est pas systématisée. Un audit sur la traçabilité a été réalisé en février 2011. Le taux de traçabilité de la douleur dans le dossier patient est passé de 9% (2009) à 16.3% (2011).</p> <p><b>E2-EA4 (En grande partie)</b> 1 - Les traitements sont réévalués lors des visites médicales ou à la demande des patients. Les données de l'évaluation sont recueillies mais les résultats ne sont pas tracés.</p> <p><b>E2-EA5 (Partiellement)</b> 1 - Les outils sont depuis peu à disposition des professionnels et sont peu utilisés. Des échelles des visages seront diffusées en septembre 2011.</p> <p><b>E3-EA1 (Non)</b> 1 - La mise à disposition d'outil d'évaluation est trop récente pour qu'une évaluation de l'appropriation ait pu être effectuée. L'évaluation de l'appropriation des outils est prévue en décembre 2011.</p> <p><b>E3-EA2 (En grande partie)</b> 1 - Un audit de la traçabilité des mesures de la douleur a été réalisé en février 2011. L'évaluation de la douleur dans le dossier patient est prévue une fois par an.</p>
<b>Résultats attendus :</b> - objectifs intermédiaires - objectifs ultimes	<p><b>E2-EA2 (En Grande partie)</b> 1 - Animer des ateliers thérapeutiques médicament et prise en charge de la douleur sous forme de jeux sur prescription médicale</p>

	<p>2 - Présenter en CME et en CSIRMT les ateliers thérapeutiques médicament et prise en charge de la douleur  <b>E2-EA3 (Partiellement)</b>  1- Solliciter les cadres supérieurs de santé pour sensibiliser les cadres de leur secteur  2 – Sensibiliser les médecins à la prise en charge de la douleur en psychiatrie  3 - Evaluer la traçabilité de la douleur dans le dossier patient  4 – Former le personnel à la prise en charge de la douleur en psychiatrie</p> <p><b>E2-EA4 (En grande partie)</b>  1 - Evaluer la traçabilité de la douleur dans le dossier patient</p> <p><b>E2-EA5 (Partiellement)</b>  1 – Généraliser l'utilisation des échelles des visages dans toutes les unités  2 - Evaluer l'appropriation des outils (échelle des visages)</p> <p><b>E3-EA1 (Non)</b>  1 - Evaluer l'appropriation des outils (échelle des visages)</p> <p><b>E3-EA2 (En grande partie)</b>  1 - Evaluer la traçabilité de la douleur dans le dossier patient</p>
<p><b>Responsabilité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- chef de projet</li> <li>- équipe de réalisation</li> <li>- personnes ressources</li> </ul>	<p>Chef de projet : Praticien hospitalier et cadre de santé</p> <p>Equipe de réalisation : Comité de Lutte contre la Douleur : directeur, directrice des Soins, président CME, responsable qualité, cadre supérieur de santé, cadre de santé, pharmacien, 5 infirmiers, psychologue, assistante sociale, secrétaire, 2 praticiens hospitaliers, 2 aides-soignantes</p>
<p><b>Echéancier de réalisation</b></p>	<p><b>E2-EA2 (En Grande partie)</b>  1 - Animer des ateliers thérapeutiques médicament et prise en charge de la douleur sous forme de jeux sur prescription médicale  <input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévues (<i>Février 2012</i>)  2 - Présenter en CME et en CSIRMT les ateliers thérapeutiques médicament et prise en charge de la douleur  <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévues (<i>Avril 2012</i>)</p> <p><b>E2-EA3 (Partiellement)</b>  1- Solliciter les cadres supérieurs de santé pour sensibiliser les cadres de leur secteur  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévues (<i>Décembre 2011</i>)</p>

	<p>2 – Sensibiliser les médecins à la prise en charge de la douleur en psychiatrie  <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévues (<i>Janvier 2012</i>)</p> <p>3 - Evaluer la traçabilité de la douleur dans le dossier patient  <input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévues (<i>Une fois par an</i>)</p> <p>4 – Former le personnel à la prise en charge de la douleur en psychiatrie  <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévues (<i>Mars 2012</i>)</p> <p><b>E2-EA4 (En grande partie)</b>  1 - Evaluer la traçabilité de la douleur dans le dossier patient  <input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévues (<i>Une fois par an</i>)</p> <p><b>E2-EA5 (Partiellement)</b>  1 – Généraliser l'utilisation des échelles des visages dans toutes les unités  <input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévues (<i>Janvier 2012</i>)  2 - Evaluer l'appropriation des outils (échelle des visages)  <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévues (<i>Oct. 2012</i>)</p> <p><b>E3-EA1 (Non)</b>  1 - Evaluer l'appropriation des outils (échelle des visages)  <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévues (<i>Oct. 2012</i>)</p> <p><b>E3-EA2 (En grande partie)</b>  1 - Evaluer la traçabilité de la douleur dans le dossier patient  <input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévues (<i>Une fois par an</i>)</p>
<p><b>Modalités d'évaluation</b></p>	<p><b>E2-EA2 (En Grande partie)</b>  1, 2 – Evaluer la satisfaction des usagers concernant la prise en charge de la douleur (questionnaire de sortie)  <input checked="" type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévues (<i>En continu</i>)  1, 2 – Réaliser une nouvelle évaluation de la douleur dans le dossier patient  <input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévues (<i>Une fois par an</i>)</p> <p><b>E2-EA3 (Partiellement)</b>  1, 2, 3, 4 – Réaliser une nouvelle évaluation de la douleur dans le dossier patient  <input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévues (<i>Une fois par an</i>)</p> <p><b>E2-EA4 (En grande partie)</b>  1 – Réaliser une nouvelle évaluation de la douleur dans le dossier patient</p>

	<input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévues ( <i>Une fois par an</i> )  <b>E2-EA5 (Partiellement)</b> 1, 2 – Réaliser une évaluation de l'appropriation des outils (échelle des visages) <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévues ( <i>Oct. 2012</i> )  <b>E3-EA1 (Non)</b> 1 – Réaliser une évaluation de l'appropriation des outils (échelle des visages) <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Prévues ( <i>Oct. 2012</i> )  <b>E3-EA2 (En grande partie)</b> 1 – Réaliser une nouvelle évaluation de la douleur dans le dossier patient <input type="checkbox"/> Réalisée <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévues ( <i>Une fois par an</i> )
<b>Modalités de suivi et de pérennisation des résultats</b>	Une évaluation des dossiers patient est réalisée tous les ans depuis 2010 (résultats 2009) intégrant des indicateurs sur la traçabilité de la douleur. Le plan du Comité de Lutte contre la Douleur est présenté à chaque CME.  Le Comité de Lutte contre la Douleur assure le suivi du plan d'actions prise en charge de la douleur.
<b>Validation institutionnelle</b>	Le plan d'actions relatif à la prise en charge de la douleur est présenté lors de chaque CME. La prise en charge de la douleur fait partie des axes prioritaires de la politique qualité et risques.
<b>Planification des revues de projet</b>	Les réunions du Comité de Lutte contre la Douleur sont planifiées sur l'année (6 réunions en 2011). Le suivi est réalisé lors des réunions trimestrielles du comité de pilotage de la qualité et des risques et de la CME.