



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE GERARD MARCHANT

134 route d'Espagne Bp 65714 - 31057 - Toulouse

FÉVRIER 2015

SOMMAIRE

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	3
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	5
1. Les décisions par critères du manuel	6
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	7
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	8
4.Suivi de la décision	9
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	10
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	11
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE	12
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	36
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	77
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	105
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	106
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	159
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	177
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	263
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	277
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	284

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE GERARD MARCHANT

Adresse : 134 route d'Espagne Bp 65714
31057 Toulouse HAUTE-GARONNE

Statut : Public

Type d'établissement : CHS / EPSM

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Soins de longue durée	47	0	0
Santé mentale	385	204	0

Nombre de sites.:	
Activités principales.:	
Activités de soins soumises à autorisation.:	
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	
Regroupement/Fusion.:	
Arrêt et fermeture d'activité.:	
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	

2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, du bilan des sécurités sanitaires et de la participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé, la Haute Autorité de Santé prononce la certification.

1. Les décisions par critères du manuel

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, Sanitaire de la fiche interface HAS/ARS, la Haute Autorité de Santé demande à l'établissement de finaliser sa mise en conformité sur:

- la sécurité incendie ;
- la sécurité électrique.

la Haute Autorité de Santé a constaté l'absence de contrôles réglementaires sur:

- circuit de médicament.

La Haute Autorité de Santé demande à l'établissement et à l'autorité de tutelle compétente de prendre toute mesure pour que les actions de contrôle soient rapidement mises en oeuvre.

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

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

4.Suvi de la décision

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

3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement met en place des partenariats, en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	En grande partie	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
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.	Partiellement	

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
<p>Critère 1.b Engagement dans le développement durable</p>		
Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un diagnostic « Développement durable » a été établi par l'établissement.	En grande partie	
Un volet « Développement durable » est intégré dans les orientations stratégiques.	Non	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La stratégie, liée au développement durable, est déclinée dans un programme pluriannuel.	En grande partie	
Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	Oui	

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement. Le projet médical, approuvé lors du conseil de surveillance du 27 juin 2014, est intégré au projet d'établissement 2014/2018 et précise la politique et les objectifs de l'EPP. Elle est déclinée en plan d'actions. La sous-commission EPP de la CME a désigné un médecin coordonnateur des EPP. La CME a contribué à l'élaboration du programme qualité et gestion des risques. Dans ce programme, une fiche projet EPP est intégrée. Un pilote EPP est désigné par projet. Des indicateurs de suivi et des moyens de communication sont précisés.

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

Oui

Le directoire est l'instance de concertation sur la politique EPP, entre les gestionnaires et les représentants médicaux. Les revues de contrat de pôle permettent la concertation au niveau du pôle. Le suivi de l'avancement des EPP est assuré mensuellement en CME, où l'équipe de direction est présente.

Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.	Oui	Les responsabilités relatives à l'organisation, la coordination, l'accompagnement, le suivi et la communication des démarches sont définies. Elles sont précisées pour chaque démarche EPP, et dans les contrats de pôle. Les fiches de poste du coordonnateur des EPP et de pilotes d'EPP ont été rédigées.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	L'accompagnement méthodologique des professionnels est assuré par l'ingénieur qualité et le médecin de santé publique. La sous-commission EPP de la CME contribue à l'accompagnement des démarches. Le service informatique et le département de l'information médicale (DIM) apportent une aide technique en cas de nécessité.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	L'état d'avancement des démarches EPP est suivi par le pilote de chacune des démarches. L'ingénieur qualité tient à jour un tableau de bord d'avancement des démarches. Un "état des lieux" est fait par le médecin coordonnateur des EPP en sous-commission EPP et à la CME mensuellement. Un bilan annuel rend compte de l'état d'avancement. Afin de suivre et d'évaluer l'impact des EPP sur les pratiques de soins, l'établissement a revu et institutionnalisé son dispositif de gestion des EPP : la commission EPP, créée début 2013, se réunit désormais 3 fois par an et son règlement intérieur a été formalisé ; elle permet de faire un point régulier sur l'avancement des EPP en cours, de clôturer les EPP, de décider des mesures de suivi, de valider les demandes de thèmes de nouvelles EPP et d'échanger autour des méthodes et problématiques rencontrées par les groupes EPP.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus : - Présentation des travaux d'EPP en CSIRMT, en conseil de pôle et dans les unités de soins ; - Articles dans la lettre qualité (5 en 2012 ; 5 en 2013 ; 4 en 2014) ;

	Oui	- Articles sur Intranet (dans les rubriques dédiées). De plus, toute personne souhaitant soumettre un thème d'EPP peut émettre une demande, via un formulaire ad hoc disponible sur Intranet.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'établissement a identifié les instances auprès desquelles il rend compte de ses démarches d'EPP. Le médecin coordonnateur EPP rend compte à la CME des démarches EPP. Le directoire est régulièrement informé. L'ingénieur qualité fait une présentation du bilan annuel en CSIRMT (commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques) et en CME.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.

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

La direction et le président de la CME suivent le développement de la culture qualité et sécurité dans l'établissement.	Oui	
---	-----	--

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les circuits de décision et de délégation sont définis.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont révisés à périodicité définie.	En grande partie	
--	------------------	--

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

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Une politique de coopération avec les acteurs associatifs est définie.

Oui

Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU.

Oui

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

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie, et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leurs compétences.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La concertation avec les partenaires sociaux est organisée.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Le dialogue social est évalué à périodicité définie.

Partiellement

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

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.

Oui

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, et rendus publics par l'établissement de santé.

Oui

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

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des dispositions sont mises en oeuvre afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.

En grande partie

L'évaluation périodique du personnel est mise en oeuvre.	Oui	
Un plan de formation est mis en oeuvre.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
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.	Oui	
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.	Oui	

Référence 3: La gestion des ressources humaines		
Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants		
Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.

Oui

Le document unique est établi.

En grande partie

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en oeuvre.	Oui	
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.	En grande partie	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d
Qualité de vie au travail

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et, s'il y a lieu, de recettes, selon une procédure formalisée.

Oui

Ces objectifs tiennent compte des engagements pris dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement conduit une analyse des coûts dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Référence 5: Le système d'information		
Critère 5.a Système d'information		
Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un schéma directeur du système d'information est défini, en cohérence avec les orientations stratégiques, et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.	Oui	
Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif est connu des professionnels.

Oui

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.

Oui

Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

En grande partie

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

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

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.

Oui

L'établissement dispose d'un programme de maintenance.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les opérations de maintenance curative et préventive assurées en interne et par des sociétés extérieures sont tracées, et permettent un suivi des opérations.

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.	En grande partie	La réalisation du programme fait l'objet d'un suivi régulier, et des bilans ponctuels sont effectués. Cependant, le bilan global du programme n'est pas établi à périodicité définie. Un projet d'informatisation de la maintenance est engagé.

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les préférences des patients sont prises en compte.

En grande partie

Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.

Oui

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le circuit du linge est défini.

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.

Oui

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La fonction transport des patients est organisée, y compris en cas de sous-traitance.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.

Oui

Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

La mesure de la satisfaction et les délais d'attente relatifs à la fonction transport (interne et externe) des patients sont évalués à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	
---	------------------	--

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur les plans quantitatif et qualitatif, en associant les utilisateurs.

Oui

La politique d'achat et de relation avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat éco-responsable.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



Ce critère est applicable uniquement à la prise en charge en HAD.

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement de santé détermine un processus permettant la mise à disposition des matériels médicaux adaptés aux besoins des patients.

NA

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

En cas de rupture d'un produit, des solutions de substitution sont prévues.

NA

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

Les modalités de transport des différents matériels et médicaments sont formalisées.

NA

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

En cas de prestation extérieure, une convention de collaboration est formalisée.

NA

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

Pour les équipements majeurs (susceptibles de mettre en danger la vie du patient en cas de dysfonctionnement), une maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est organisée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Pour les patients à haut risque vital, l'HAD s'assure de leur signalement à « Electricité Réseau Distribution France ».	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le matériel délivré est conforme à la commande, et adapté à la prise en charge.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'approvisionnement en urgence du patient est assuré.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'établissement s'assure que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus, conformément à la réglementation.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents processus logistiques (internes ou externes) sont évalués, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est évaluée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

La satisfaction du patient relative aux fonctions logistiques à son domicile est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La satisfaction des intervenants au domicile, en lien avec les fonctions logistiques, est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance préventive et curative des installations, élaboré avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), est mis en oeuvre.

Oui

Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), et tracés.

Oui

Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré.	Oui	
Un suivi des différents types de rejet est assuré.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

Critère 7.b Gestion de l'air

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

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

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

Oui

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air, en concertation avec l'EOH ou la CME et le CHSCT, sont mis en oeuvre.

Oui

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

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

Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.

Oui

Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.

Oui

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

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les actions à mettre en oeuvre afin d'assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'EOH ou la CME.

Oui

En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations.

Oui

Les responsabilités sont identifiées, et les missions sont définies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.

Oui

Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH ou la CME.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
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 QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

En 2013, l'établissement a défini une nouvelle gouvernance institutionnelle de la qualité et de la gestion des risques, validée en Directoire, CME et CTE, en octobre 2013. Celle-ci s'appuie notamment sur la politique qualité et gestion des risques 2014, annexe au point stratégique n°4 du projet d'établissement 2014/2018 « garantir au patient le respect de ses droits, ainsi que la qualité et la sécurité des soins ». L'établissement a désormais bien distingué la politique du programme qualité et gestion des risques. Auparavant, les deux documents étaient fusionnés.

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

Oui

Le programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, l'analyse des événements indésirables, et des plaintes et réclamations, les dysfonctionnements et les risques majeurs récurrents concernant la lutte contre les infections nosocomiales. Il intègre les risques majeurs identifiés dans les dispositifs de vigilances, ainsi que les objectifs de sécurisation de la politique du médicament. La CME a identifié les risques liés aux activités de

	Oui	l'établissement. L'établissement a formalisé une méthode d'analyse des risques a priori dont les résultats intègrent le programme.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme a été validé par la CME, le CHSCT et le comité de management des risques. Il a été présenté à la CRU et à la CSIRMT.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les objectifs définis dans le programme qualité et sécurité des soins sont déclinés dans les contrats de pôle. Le médecin chef de pôle, et le cadre supérieur de santé sont chargés de leur réalisation. Pour chaque action, un responsable est désigné et une échéance est fixée. Des revues de contrat de pôle sont organisées deux fois par an par la direction. La responsable qualité est présente afin de faire des bilans d'étape relatifs à l'atteinte des objectifs.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré. Le service qualité a construit un programme qualité et gestion des risques, qui définit notamment pour chaque action : sa source, l'instance de suivi, sa thématique, son pilote, sa date de réalisation, le respect de l'échéance, les indicateurs. L'outil a été validé en Copil qualité risques en novembre 2013 et est opérationnel depuis janvier 2014. Il est mis à jour régulièrement par le service qualité et est mis à disposition, sur un serveur partagé, de tous les membres du Copil qualité risques. Le bilan du programme 2012/2013 a permis de mettre en

	Oui	avant les actions non réalisées. Elles ont été intégrées au programme qualité 2014. Le suivi du programme qualité est fait en Copil qualité risques, une fois par trimestre. L'ingénieur qualité présente un état d'avancement des actions en cours et attire l'attention sur les actions en retard.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement. Le bilan du programme 2012/2013 a permis de mettre en avant les actions non réalisées. Elles ont été intégrées au programme qualité 2014.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations. Le comité de management des risques, la CME et le service qualité ont procédé à l'évaluation du programme global de gestion des risques 2010-2011. L'évaluation des actions conduites par les différentes instances et commissions a été faite. Le programme 2012-2013 reprend les résultats de ces évaluations. Le bilan annuel 2014 est prévu.

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

Critère 8.b
Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est définie dans l'établissement.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour de l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins sont évaluées.	Partiellement	AJU - Il n'existe pas de fiche de poste précisant les missions et les conditions d'exercice de la fonction de coordonnateur des risques liés aux soins. Néanmoins, le bilan annuel de la cellule d'analyse des risques rend compte de son action relative à la gestion des événements indésirables.

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

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

Cotation

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 à la suite des contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

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 de la sécurité des soins

Critère 8.d
Evaluations des risques à priori

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

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.	Partiellement	
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	En grande partie	

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

Critère 8.e
Gestion de crise

Cotation

B

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.

En grande partie

Les plans d'urgence sont établis.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Une Cellule de crise est opérationnelle.

Partiellement

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

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

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a réactualisé et validé en COFIL qualité de juillet 2014 sa procédure de gestion des événements indésirables. Elle intègre de nouvelles modalités de traitement des EI.
Il s'est doté, en décembre 2012, d'un logiciel de gestion des risques, permettant la gestion dématérialisée des déclarations d'événements indésirables. Il a mis en œuvre le déploiement du logiciel (installation technique, paramétrage, test), la formation au formulaire de déclaration en ligne et réalisé la mise en ligne du formulaire dématérialisé.
Une cellule d'analyse des événements indésirables est constituée. Elle assure l'analyse des risques liés aux soins et des risques professionnels.
Elle se réunit une fois par mois. Elle est animée par le cadre supérieur de santé coordonnateur des risques liés aux soins. La cellule d'analyse des risques procède également à l'étude et l'analyse des événements indésirables. Elle dispose d'informations relatives aux plaintes, réclamations, vigilances.
Des actions correctives sont proposées aux personnes

	Oui	ressources et instances concernées pour mise en œuvre. En fonction de la criticité de l'événement indésirable, la cellule d'analyse des risques peut organiser l'analyse dans le service déclarant. Une réponse est apportée au déclarant et des demandes d'informations complémentaires sont formulées le cas échéant.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	Afin de favoriser une bonne prise en main de l'outil informatique de déclaration d'EI, les membres du service qualité se sont rendus dans tous les services de l'établissement, de janvier à mars 2014, pour dispenser une formation spécifique à la déclaration des EI. Cette formation a été l'occasion de faire aussi un rappel sur l'intérêt et l'objectif de ces déclarations. Un court support pédagogique a été remis au personnel et un tutoriel d'apprentissage est disponible sur Intranet.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins, membre de la cellule d'analyse des risques, est formé. Le plan de formation 2013 prévoit l'organisation d'une action de formation des membres de la cellule d'analyse des risques ainsi que des cadres, aux méthodes d'analyse des risques. Les membres du service qualité se sont rendus dans tous les services de l'établissement, de janvier à mars 2014, pour dispenser une formation spécifique à la déclaration des EI. Un support pédagogique a été remis au personnel et un tutoriel d'apprentissage est disponible sur Intranet. A partir de septembre 2014, le service qualité interviendra une nouvelle fois, sur demande des services. L'établissement a mis en place une formation, dispensée par un organisme extérieur, sur les méthodes d'analyse des causes. Cette formation a été inscrite au plan de formation annuelle 2014. Elle s'est tenue les 25 et 26 septembre 2014. Elle a été reconduite sur le plan de formation 2015. Le programme de formation est formalisé. L'inscription a été

	Oui	ouverte à tous.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	<p>L'ensemble des événements indésirables fait l'objet d'une présentation en cellule d'analyse des risques. Le "réfèrent risque" identifie préalablement les événements indésirables graves.</p> <p>L'analyse des causes profondes est faite selon le diagramme des 5 M ou "diagramme d'Ishikawa" ,l'arbre des causes et des RMM et CREX sont organisés régulièrement à la suite d'EIG.</p> <p>La composition de la cellule d'analyse des risques permet la présence de personnes ressources adaptées aux événements déclarés.</p> <p>Les personnes directement impliquées et l'encadrement des services concernés ont été formées aux méthodes d'analyse des risques et pilotent cette analyse, dès lors que l'évènement a une dimension qui ne concerne que leur service. Un compte rendu détaillé de l'analyse est tenu à disposition du service qualité.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en oeuvre à la suite des analyses.	Oui	<p>Des actions correctives sont proposées par la cellule d'analyse des risques, suite à l'analyse des événements indésirables. Leur mise en œuvre est suivie par le coordonnateur des risques liés aux soins. Le bilan annuel est transmis au comité de management des risques. Des actions d'amélioration sont intégrées au programme qualité et sécurité des soins. Le traitement des événements indésirables fait l'objet d'un suivi sur un tableau de bord précisant les mesures correctives apportées.</p> <p>Chaque personne responsable d'une action organise sa priorisation en fonction du niveau de gravité de l'EI et du niveau de délégation pour son traitement. Elle peut, si elle le souhaite, déléguer une action.</p>

<p>Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.</p>	<p>Oui</p>	<p>La cellule d'analyse des risques identifie les événements récurrents suite à l'analyse des causes profondes des événements indésirables. Les événements récurrents identifiés font l'objet d'un traitement associant les personnes ressources et les instances concernées, afin que des actions correctives adaptées soient apportées. Les professionnels concernés sont associés à cette analyse.</p>
<p>L'efficacité des actions correctives est vérifiée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont mises en place depuis mai 2012. Le coordonnateur des risques liés aux soins les coordonne. Le suivi est assuré par la cellule d'analyse des risques, et le comité de management des risques. L'efficacité des actions correctives est évaluée par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Il contacte le service déclarant quelques mois après l'évènement et s'assure qu'il ne s'est pas reproduit. Ceci est tracé dans la FEI. Un bilan annuel des EI est réalisé et permet de mesurer l'efficacité et la réactivité du traitement des actions correctives.</p>

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

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



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

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

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



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

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

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.

Oui

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

Partiellement

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

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

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

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

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a défini une organisation pour la gestion des plaintes et réclamations qui inclut :

- l'identification d'un responsable chargé des relations avec les usagers : l'attachée administrative hospitalière à la direction générale ;
- l'existence d'un registre unique colligeant les plaintes et les réclamations sous forme de classeur ;
- l'existence d'une procédure interne de gestion des plaintes et réclamations. Elle est diffusée et connue des professionnels.

La composition et le fonctionnement de la CRUQPEC sont conformes à la réglementation en vigueur. La CRUQPEC est en place depuis 2005. Elle se réunit tous les trimestres.

Un dispositif d'information des usagers est défini et disponible. Il intègre :

- les modalités pour formuler une plainte et une réclamation ;
- les personnes à contacter ;
- les missions de la CRUQPEC ;
- le dispositif de médiation.

	Oui	Le livret d'accueil des patients, ainsi que l'affichage dans les services permettent aux usagers de repérer les modalités de saisine de la CRUQPEC.
Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	En grande partie	L'établissement met en place un dispositif lui permettant d'échanger des informations sur les plaintes et les réclamations vers le système de déclarations des événements indésirables mis en place dans l'établissement. Il existe des liens formalisés entre les différents acteurs impliqués (chargés des relations avec les usagers, droits des patients, fonction gestion des risques...). Les personnes en charge de l'analyse des événements indésirables sont systématiquement invitées à toutes les réunions de la CRUQPEC. Toutefois, l'établissement est dans l'attente du déploiement d'un logiciel de gestion des risques interactif permettant les liens entre la CRUQPEC, et la cellule gestion des risques.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	L'établissement met en oeuvre sa procédure interne de gestion des plaintes et réclamations. Les professionnels concernés sont associés à la réponse donnée au plaignant. Les plaintes sont transmises au médecin référent du patient du service concerné. Elles sont accompagnées d'un imprimé de suivi. Cet imprimé est retourné au directeur qui répond au plaignant. Les professionnels concernés sont associés à l'élaboration et à la mise en oeuvre des actions correctives le cas échéant. Si besoin, les médecins ont rencontré le patient, ou lui ont répondu directement par écrit.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	L'établissement met en oeuvre un processus d'information au plaignant sur le traitement de sa plainte (ou réclamation) incluant le rappel des modalités de mise en oeuvre du dispositif de médiation. Les plaignants reçoivent une réponse écrite. Systématiquement, les patients sont rencontrés par les

	Oui	professionnels de santé de proximité pour retour d'information. La personne chargée des relations avec les usagers reçoit les usagers ou les familles qui le demandent, et s'entretient régulièrement avec ceux qui le souhaitent.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Oui	<p>L'intégralité des plaintes et réclamations sont mises à disposition des membres de la CRUQPEC.</p> <p>Une analyse quantitative et qualitative est réalisée en lien avec la CRUQPEC.</p> <p>Le bilan des plaintes et réclamations est intégré au rapport de la CRUQPEC.</p> <p>Un tableau de bord permet d'assurer la traçabilité de l'objet, du circuit et des délais d'instruction des plaintes et réclamations. Une analyse annuelle est réalisée à l'occasion du rapport annuel de la CRUQPEC.</p> <p>L'analyse des plaintes et des réclamations, et le bilan réalisé dans le cadre de la CRUQPEC donnent lieu à des recommandations.</p> <p>Des préconisations sont formulées par la CRUQPEC, et transmises pour validation à la CME en charge de les mettre en oeuvre.</p> <p>Le programme qualité et sécurité des soins intègre le programme d'actions prioritaires de la CRUQPEC issu de l'analyse des plaintes et réclamations notifiées dans son rapport annuel.</p>

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.	Oui	
Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

B

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

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

En grande partie

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

Partiellement

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

Oui

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

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

Oui

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.	Partiellement	

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

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

En grande partie

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

Les soins, y compris 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

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

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

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

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

Partiellement

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

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

Oui

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

Partiellement

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.c - Santé mentale****Respect de la confidentialité des informations relatives au patient****Cotation**

A

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

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

Oui

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

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

Oui

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

Oui

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

Oui

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.c - Soins de longue durée
Respect de la confidentialité des informations relatives au patient****Cotation**

A

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

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

Oui

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

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

Oui

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

Oui

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

Oui

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

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

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

Partiellement

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

NA

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

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

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

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	Oui	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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

Au vu du contexte de l'établissement, ce critère est non applicable.

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

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

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	Oui	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Santé mentale

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.

Oui

Le projet d'établissement intègre la mise en oeuvre des bonnes pratiques en matière d'isolement du patient, et les projets de pôles identifient cet objectif.
Les projets transversaux (projet médical, projets de soins) intègrent la promotion du respect des libertés individuelles.
La charte du patient hospitalisé est affichée dans chaque unité, et fait partie du livret d'accueil du patient.

Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.

Oui

Les conditions visant à préserver les libertés individuelles, et les risques de leur non-respect sont identifiés à l'échelle des unités de soins au travers de la réflexion menée durant les réunions pluriprofessionnelles, et dans les projets individualisés des patients.
Les communautés médicales et soignantes de l'établissement ont mis en place une réflexion formalisée, concertée permettant d'identifier les conditions de préservation des libertés individuelles et les risques de non-respect de celles-ci. Ainsi, des démarches EPP ont été mises en oeuvre au niveau de l'établissement :
- "Pertinence du maintien en chambre d'isolement" ;
- "Prévention des risques liés à la contention physique" ;

<p>Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>- "Evaluation de la prise en charge du patient soumis à des soins pénalement obligés". La réflexion intègre une dimension éthique. Elle est formalisée dans les projets médicaux. Le projet de prise en charge des patients de l'UHSA (unité hospitalière spécialement aménagée) intègre également la dimension éthique de la préservation de ces libertés.</p>
	<p>En grande partie</p>	<p>Les communautés médicales et soignantes de l'établissement ont mis en place une réflexion formalisée et concertée, qui permet selon une méthode définie (évaluation clinique formalisée), d'identifier les situations nécessitant une restriction de liberté. La prise en charge du patient est adaptée en fonction de sa pathologie et de son état clinique, et non en fonction de son mode de placement. La réflexion inclut une dimension éthique. Elle est formalisée dans les projets médicaux. Ainsi, la mise en place d'une échelle de critères cliniques, et la constitution d'une équipe mobile spécifique ont fait l'objet d'une réflexion lors de l'EPP "Pertinence du maintien en chambre d'isolement". Les unités d'admission, toutes construites sur le même modèle architectural, sont des unités ouvertes au sein desquelles se situe un espace "fermable" de cinq chambres et deux chambres d'isolement. Les cinq chambres de cet espace comportent deux portes, une ouvrant sur la partie fermée de l'unité, l'autre sur la partie ouverte. Cette architecture permet, selon l'état clinique du patient, une modulation ainsi qu'une progression concernant sa liberté d'aller et venir. L'isolement et la contention font l'objet d'une prescription réévaluée au moins une fois par jour, et selon l'évolution clinique du patient. Un protocole spécifique à l'isolement et à la contention est utilisé par les équipes soignantes. La surveillance est tracée dans le dossier informatisé. Les limitations de visites, de sorties et de retrait des effets et objets personnels font l'objet d'une prescription médicale. Des règles de vie sont affichées dans chaque unité de soins</p>

	En grande partie	ainsi qu'une charte de bientraitance. Le comité d'éthique récemment constitué a été sollicité sur des thèmes tels que les relations sexuelles des patients au sein de l'établissement. Toutefois, les différents items de surveillance du document de consignes renseignés lors de la mise en chambre d'isolement sont généralement mis à jour au décours de la prise en charge.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	Le groupe de travail sur le respect des liberté individuelles, la charte de bientraitance, l'élaboration des règles de vie des unités, ainsi que les réunions cliniques et de synthèse en place dans tous les secteurs, contribuent à sensibiliser les professionnels au respect des libertés individuelles. Des formations sont dispensées sur la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, le droit et l'éthique. Des professionnels sont inscrits au "DU d'éthique" dans le cadre du plan de formation 2013 de l'établissement.
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	L'établissement a défini une organisation pour le respect des libertés individuelles, avec identification des situations standards et spécifiques mettant en jeu le respect de libertés individuelles. Il existe des procédures et protocoles décrivant les conduites à tenir face à ces différents types de situations. L'établissement dispose de sept unités d'admission ouvertes avec espace "fermable" selon l'état clinique du patient. Les autres unités dites "de suite" sont ouvertes. De ce fait, la liberté d'aller et venir des patients en service libre n'est pas limitée. L'organisation de la mise en oeuvre du respect des libertés individuelles, et des mesures de restriction de ces libertés est tracée lors d'un examen médical quel que soit le mode d'hospitalisation avec ou sans consentement. En pédopsychiatrie, les mesures de restriction de liberté sont tracées dans le dossier des patients.

<p>La réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe des dispositifs structurés permettant de discuter au sein de l'équipe soignante de chaque cas de patient faisant l'objet de restriction de liberté. Les réflexions pluridisciplinaires concernant les restrictions de liberté sont tracées dans le dossier du patient. Le consentement du patient est recherché, si son état clinique le permet. Lorsque la situation le nécessite, les modes de concertation avec l'entourage sont établis.</p>
<p>Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Chaque situation de restriction de liberté fait l'objet d'une prescription tracée dans le dossier patient. Pratiquement, la mise en oeuvre du respect des libertés individuelles, et des mesures de restriction de ces libertés est tracée suite à un examen médical pour tous les modes d'hospitalisation avec ou sans consentement. Les consignes médicales sont tracées dans le dossier informatisé, et figurent également dans le dossier papier du patient. Les restrictions sont prescrites après concertation avec l'équipe soignante. Ces consignes font l'objet d'une réévaluation journalière en concertation avec les soignants. La périodicité des évaluations est définie dans le projet de soins.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>L'évaluation porte sur le respect des bonnes pratiques en matière de préservation des libertés individuelles et en matière de restriction de liberté. Ainsi, trois démarches EPP concernant le sujet ont été réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "la pertinence de la mise en chambre d'isolement" ; - "la prévention des risques liés à la contention" ; - "l'évaluation de la prise en charge du patient soumis à des soins pénalement obligés". <p>Ces EPP ont permis de redéfinir la procédure des modalités d'isolement, et d'améliorer la manipulation par les soignants des "kits de contentions". La CRUQPEC et un représentant des usagers ont participé à un travail sur la liberté d'aller et venir. Ces démarches ont été présentées en CME et en CSIRMT.</p>

<p>Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration portant sur la préservation des libertés individuelles, et sur la gestion des mesures de restriction de liberté ont été mises en oeuvre en cohérence avec les résultats des évaluations.</p> <p>Il s'agit d'une actualisation de la procédure de mise en chambre d'isolement, et des règles de vie dans les unités de soins. De plus, la pertinence du maintien en chambre d'isolement fait l'objet de réflexions en équipe pluriprofessionnelle. Cette élaboration a lieu lors des réunions cliniques, et des réunions de synthèse.</p> <p>Dans le cadre des actions d'amélioration, la participation de l'ensemble des secteurs d'activité et des professionnels concernés est recherchée.</p> <p>Le suivi est assuré par les chefs de pôles.</p>
---	------------	---

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Soins de longue durée

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.

Oui

Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.

Oui

Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	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 préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	En grande partie	
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	Oui	

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

Critère 11.a - Santé mentale

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'accès à des ressources d'informations diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction du patient, quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

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

Critère 11.a - Soins de longue durée
Information du patient sur son état de santé et les soins possibles

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

L'accès à des ressources d'informations diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction du patient, quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

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

**Critère 11.b - Santé mentale
Consentement et participation du patient**

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

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

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

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

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

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

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

Critère 11.c - Santé mentale
Information du patient en cas de dommage lié aux soins

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

La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Non	La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins, est formalisée depuis le 30 août 2012. Son évaluation est prévue un an après, au deuxième semestre 2013.
--	-----	--

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

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

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

La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Non	La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins, est formalisée depuis le 30 août 2012. Son évaluation est prévue un an après, au deuxième semestre 2013.
--	-----	--

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Santé mentale
Prise en charge de la douleur



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a défini une stratégie de la prise en charge de la douleur comportant :

- la définition d'une politique : la prise en charge de la douleur est intégrée dans le programme qualité de l'établissement 2012-2013 ;
- des objectifs : prise en charge de la douleur morale et physique, prise en charge de la douleur aiguë et chronique ;
- l'identification des prises en charge de la douleur : médicamenteuses et non médicamenteuses (kinésithérapie) ;
- la définition des moyens : formation des professionnels, choix des antalgiques de paliers I, II et III.

Cette stratégie est définie avec tous les acteurs concernés. Elle est formalisée par le CLUD. La pluridisciplinarité du CLUD garantit l'implication des différentes catégories socioprofessionnelles concernées.

Ces éléments permettent de déployer la stratégie de prise en charge de la douleur dans les différents secteurs de l'établissement : psychiatrie adulte, gériatrie, pédopsychiatrie.

Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	<p>Les protocoles sont définis pour les différentes prises en charge des douleurs morales et physiques (douleurs dentaires, neuropathie, sondage urinaire). Ils sont révisés annuellement et réactualisés si besoin. Ils sont issus des recommandations de bonne pratique.</p> <p>Les protocoles sont adaptés à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques (recherche de comorbidités associées à la pathologie mentale), et aux traitements potentiellement douloureux (injections, pansements, sondage vésical, interventions bucco-dentaires...).</p> <p>Ces protocoles sont rédigés par un groupe coordonné par le pharmacien, en associant les médecins somaticiens et les personnels soignants.</p> <p>Les derniers protocoles établis sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le protocole paracétamol ; - le protocole xylocaïne ; - le protocole de prise en charge de la douleur dentaire ; - le protocole d'utilisation du gel urétral. <p>L'accessibilité des protocoles est facilitée par leur mise à disposition de tout le personnel sur l'Intranet hospitalier.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	<p>La formation tient compte de l'identification des besoins et des cibles.</p> <p>Tous les soignants sont destinataires du manuel d'auto-formation à la prise en charge de la douleur.</p> <p>En 2012, deux journées de formation ont eu lieu autour de la prise en charge de la douleur chez l'enfant et la prise en charge non médicamenteuse de la douleur.</p> <p>Il existe un programme et des supports de formation.</p>
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	<p>La mise en place de l'éducation de la douleur est organisée dans l'ensemble des secteurs d'activité.</p> <p>Concernant la douleur dentaire, des ateliers d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire sont mis en place afin d'agir en amont de la douleur.</p> <p>Concernant des douleurs de type myalgies, il est proposé de repérer les positions antalgiques.</p>

	En grande partie	Elle est adaptée au type d'activités pratiquées, à la pathologie et au type de patients (adultes, enfants, personnes âgées). En revanche, il n'y a pas de documents d'information mis à disposition des patients.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Il existe une démarche organisée visant à tracer la mesure de la douleur dans le dossier du patient dans l'ensemble des secteurs. Cette démarche prévoit : - au moins un résultat de mesure de la douleur dans le dossier du patient non algique ; - au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique. Le dossier patient électronique a été spécifiquement adapté afin de permettre la traçabilité de la douleur (pancarte). Les professionnels ont à disposition l'échelle EVA. En revanche, la traçabilité des évaluations de la douleur est généralement assurée.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité du traitement algique. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations, et les modifications sont tracées dans le dossier au niveau des prescriptions. Les médecins sont sollicités pour le traitement de la douleur (traitement médicamenteux et non médicamenteux).
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. L'échelle d'hétéro-évaluation utilisée dans l'établissement est ALGOPLUS. Elle est mise à disposition des soignants, ainsi que son mode opératoire adapté.
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.	Oui	Il existe des actions d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils par les professionnels. Une évaluation de l'appropriation par les soignants du manuel d'auto-formation est organisée : chaque trimestre,

	Oui	deux pôles sont concernés, par le biais d'un questionnaire d'évaluation des connaissances sur la prise en charge de la douleur.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'évaluation porte sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur au regard des objectifs du programme. Le dispositif est structuré. Un item spécifique concernant la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur est intégré dans le questionnaire de satisfaction des patients. Une EPP "Evaluation et prise en charge de la douleur en psychiatrie" est en place. Son objectif est de rechercher des moyens pour améliorer la prise en charge de la douleur. Il apparaît que le déploiement des médecins somaticiens contribue à l'amélioration des pratiques autour de la prise en charge de la douleur physique.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations menées sur le plan institutionnel en termes de qualité et d'efficacité de la prise en charge de la douleur. Suite aux évaluations réalisées au cours du dernier trimestre 2012, le CLUD conduit des actions ciblées sur les points méconnus par les agents : - promotion de l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur ; - diffusion et affichage d'une charte de prise en charge de la douleur ; - mise à disposition individuelle des réglettes EVA et ALGOPLUS ; - amélioration de l'affichage sur le dossier patient électronique ; - mise à disposition des médecins somaticiens du MEOPA (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote) depuis fin 2012.

<p>L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une organisation permettant à l'établissement de mettre en place des partages des informations, l'identification des acteurs locaux et des réseaux.</p> <p>L'établissement participe aux journées inter-CLUD Midi-Pyrénées tous les deux ans, au comité antalgique du CHU une fois par an, aux journées douleur et santé mentale une fois par an, aux journées du CLUD du CHU une fois tous les deux ans.</p> <p>En 2011, l'établissement a organisé une journée CLUD sur le site. La moitié des participants étaient extérieurs à l'institution.</p>
--	------------	--

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a défini une stratégie de la prise en charge de la douleur comportant :

- la définition d'une politique : la prise en charge de la douleur est intégrée dans le programme qualité de l'établissement 2012-2013 ;
- des objectifs : prise en charge de la douleur morale et physique, prise en charge de la douleur aiguë et chronique ;
- l'identification des prises en charge de la douleur : médicamenteuses et non médicamenteuses (kinésithérapie) ;
- la définition des moyens : formation des professionnels, choix des antalgiques de paliers I, II, III.

Cette stratégie est définie avec tous les acteurs concernés. Elle est formalisée par le CLUD. La pluridisciplinarité du CLUD garantit l'implication des différentes catégories socioprofessionnelles concernées.

Ces éléments permettent de déployer la stratégie de prise en charge de la douleur au sein de l'USLD.

Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	<p>Les protocoles sont définis pour les différentes prises en charge des douleurs morales et physiques (douleurs dentaires, neuropathie, sondage urinaire). Ils sont révisés au minimum une fois par an, et réactualisés si besoin. Ils sont issus des recommandations de bonne pratique.</p> <p>Les protocoles sont adaptés à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques (recherche de comorbidités associées à la pathologie mentale), et aux traitements potentiellement douloureux (injections, pansements, sondage vésical, interventions bucco-dentaires...).</p> <p>Ces protocoles sont rédigés par un groupe coordonné par le pharmacien, en associant les médecins somaticiens et les personnels soignants.</p> <p>Les derniers protocoles établis sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le protocole de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée, - le protocole paracétamol ; - le protocole xylocaïne ; - le protocole de prise en charge de la douleur dentaire ; - le protocole d'utilisation du gel urétral ; - le protocole MEOPA (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote). <p>L'accessibilité des protocoles est facilitée par leur mise à disposition de tout le personnel sur l'Intranet hospitalier.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	<p>La formation tient compte de l'identification des besoins. Les agents de l'USLD ont été formés grâce au manuel d'auto-formation.</p> <p>Les médecins et le personnel infirmier sont formés à l'utilisation du MEOPA.</p> <p>Des agents ont bénéficié de la formation DU Douleur.</p>
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	<p>L'éducation du patient en USLD à la prise en charge de sa douleur est réalisée dès l'instant où il est apte à communiquer.</p> <p>En revanche, il n'y a pas de documents d'information mis à disposition des patients.</p>

<p>La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une démarche organisée visant à tracer la mesure de la douleur dans le dossier du patient en USLD. Cette démarche prévoit : - au moins un résultat de mesure de la douleur dans le dossier du patient non algique ; - au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique. Le dossier patient électronique a été spécifiquement adapté afin de permettre la traçabilité de la douleur (pancarte). Les professionnels ont à disposition l'échelle EVA et ALGOPLUS. La traçabilité des évaluations de la douleur est assurée.</p>
<p>Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une évaluation de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité du traitement algique. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations, et les modifications sont tracées dans le dossier au niveau des prescriptions. Les médecins sont sollicités pour le traitement de la douleur (traitements médicamenteux et non médicamenteux).</p>
<p>Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les besoins et les moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. L'échelle ALGOPLUS est mise à disposition des soignants.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe des actions d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils par les professionnels. Une évaluation de l'appropriation par les soignants du manuel d'auto-formation est organisée par le biais d'un questionnaire d'évaluation des connaissances sur la prise en charge de la douleur. Les médecins et les cadres, en lien avec le président du CLUD, assurent des formations spécifiques à la prise en charge de la douleur chez la personne âgée, ou la personne en fin de vie sur l'USLD.</p>

<p>La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'évaluation porte sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur au regard des objectifs du programme. Le dispositif est structuré. L'évaluation est faite par le biais des enquêtes de séjour. Le conseil de vie sociale permet au patient de s'exprimer sur la prise en charge de sa douleur. Une EPP "Evaluation et prise en charge de la douleur en USLD" est en place. Son objectif a été de rechercher des moyens pour améliorer la prise en charge spécifique de la douleur dans le cadre de ce type de prise en charge. Il apparaît que la présence du médecin somaticien sur l'USLD contribue à l'amélioration des pratiques autour de la prise en charge de la douleur physique.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations menées sur le plan institutionnel sur la qualité, et l'efficacité de la prise en charge de la douleur. Suite aux évaluations réalisées au cours du dernier trimestre 2012, le CLUD conduit des actions ciblées sur les points méconnus par les agents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - promotion de l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur ; - diffusion et affichage d'une charte de prise en charge de la douleur ; - mise à disposition individuelle des réglettes EVA et ALGOPLUS ; - amélioration de l'affichage sur le dossier patient informatisé (pancarte) ; - mise à disposition des médecins somaticiens du MEOPA depuis fin 2012. <p>Les formations sont réactualisées, et de nouvelles techniques de prise en charge de la douleur sont diffusées (ex. : utilisation du MEOPA).</p>
<p>L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une organisation permettant à l'établissement de mettre en place des partages des informations, l'identification des acteurs locaux et des réseaux. L'établissement participe aux journées inter-CLUD Midi-Pyrénées tous les deux ans, au comité antalgique du CHU</p>

Oui	<p>une fois par an, aux journées du CLUD du CHU une fois tous les deux ans.</p> <p>En 2011, l'établissement a organisé une journée CLUD sur le centre hospitalier Gérard Marchant. La moitié des participants étaient extérieurs à l'institution.</p> <p>L'USLD participe au comité du médicament du CHU.</p>
-----	---

Référence 13: La fin de vie**Critère 13.a - Santé mentale**
Prise en charge et droits des patients en fin de vie**Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

Oui

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

Partiellement

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

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

Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.

Oui

Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	
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 en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	Non	
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Non	

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

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Il existe une organisation pour la prise en charge des patients en fin de vie.
 Cette stratégie de soins permet de préserver la qualité de vie malgré l'évolution de la maladie et l'évolution potentiellement mortelle de la maladie.
 Cette organisation définit :
 - les objectifs en matière de prise en charge des besoins des patients atteints de maladie graves, évolutives et potentiellement incurables : atténuer les symptômes inconfortables liés à la fin de vie (nausées, dyspnée...) ;
 - les processus ou circuits en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement : visites médicales et réunions de transmissions quotidiennes pour évaluer l'état de santé du patient ;
 - les acteurs clefs médecins et infirmiers, leurs missions et responsabilités sont définies : l'infirmière reçoit dans un premier temps les familles et propose un rendez-vous avec le médecin si nécessaire ;
 - les ressources : réunion hebdomadaire et de synthèse pluriprofessionnelles avec présence du médecin, du

	Oui	psychologue, des IDE, du cadre de santé, de l'assistante sociale, appui sur le comité d'éthique ; - les outils d'analyse de fonctionnement (indicateurs). Cette organisation repose sur le partenariat avec les équipes ressources implantées dans le territoire de santé : réseau "Reliance". Une infirmière peut joindre 24 h/24 un médecin spécialiste en soins palliatifs du réseau pour avis.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	L'établissement dispose d'une procédure visant à : - recueillir et inscrire dans le dossier patient l'identité de la personne de confiance qu'il a désignée (le cas échéant) lors de l'élaboration de son projet de soins individualisés ; - inscrire dans son dossier les volontés du patient relatives aux traitements et autres soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie (ou de la famille si le patient est dans l'impossibilité de donner son avis) ; - tracer dans le dossier patient l'existence de directives anticipées et leur contenu.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	L'établissement met en oeuvre un processus d'information des usagers (patients et entourage) sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 (dite loi Leonetti) relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements. Le dispositif d'information est structuré. Une fiche est rédigée à cet effet dans le livret d'accueil de l'établissement. Le contrat de séjour et le projet de soins le prévoient. Le patient et son entourage sont également informés, lors d'entretiens réguliers avec les médecins et les soignants des services.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Le secteur d'activité définit et met en oeuvre des projets de prise en charge spécifique adaptés à la situation des patients. Ils reposent sur : - le projet de vie individualisée écrit en équipe et avec la famille ; - une réévaluation au minimum hebdomadaire des stratégies de soins envisagées en fonction de l'évolution de la maladie, et en cas d'évolution, la famille est contactée ;

	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches : la psychologue du service est à la disposition des familles qui le souhaitent ; - un dispositif de formation des professionnels ; - la tenue de réunions pluriprofessionnelles type synthèse.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	<p>Les professionnels de l'USLD bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences en soins palliatifs. Des formations sont faites en interne avec le réseau "Reliance". Les professionnels participent à des congrès sur le thème des soins palliatifs.</p> <p>Plusieurs soignants sont titulaires du DU "Soins palliatifs et accompagnement".</p>
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	<p>Les professionnels de l'USLD organisent des réunions visant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réévaluer régulièrement les stratégies de soins mises en place pour les personnes atteintes de pathologies graves, évolutives et potentiellement incurables : réunions cliniques, synthèses ; - inscrire les prises de décision dans un cadre collégial : dynamique pluriprofessionnelle et multidisciplinaire ; - assurer la compréhension par tous des enjeux et des objectifs poursuivis par la mise en place d'une démarche palliative, en substitution ou en parallèle d'une stratégie curative.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	<p>L'USLD met en place des actions visant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - éviter les situations d'épuisement professionnel ; - soutenir psychologiquement les professionnels confrontés à des prises en charge complexes. <p>La psychologue du service intervient régulièrement. L'appel à un intervenant externe est également prévu dans le cadre du réseau "Reliance".</p>
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	<p>L'établissement met en oeuvre un processus d'information des usagers (patients et entourage) sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Ces informations sont transmises aux professionnels lors des réunions de pôle et de service. Ces données sont également accessibles</p>

	Oui	dans l'espace Intranet. Une fiche spécifique est disponible dans le livret d'accueil des professionnels, et dans l'espace Intranet de l'établissement.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations et des bénévoles. Il a passé une convention avec l'association "Les petits frères des pauvres". Si des demandes sont formulées par les patients, l'intervention des associations concernées dans le service est effective.
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 en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	Oui	L'établissement a identifié les structures concernées par la prise en charge de patients en fin de vie. Il a structuré un dispositif d'évaluation sur le champ de la prise en charge en fin de vie. Les personnes référentes sont identifiées : le médecin et le cadre référents de l'USLD. La périodicité de l'évaluation est définie, et les méthodes d'évaluation sont arrêtées (revue de cas, RMM). La concertation avec les instances (comité d'éthique, CRUQPEC, CME, CSIRMT) est organisée.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Des modalités de réflexions, et de discussions sont aménagées au sein de l'USLD confrontée aux décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs, ou de suppléance vitale. Cette réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire (réunions cliniques, synthèses).
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des réflexions menées au sein de l'USLD. Ainsi, la prise en charge des nausées et dyspnées fait l'objet de protocoles spécifiques pour soulager la douleur du patient en fin de vie. La coordination et le suivi de leur mise en oeuvre sont structurés. Le cadre de santé et le médecin référents veillent à l'application de ces protocoles.

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Santé mentale
Gestion du dossier du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Les règles de tenue du dossier patient informatisé sont formalisées, actualisées et diffusées dans l'Intranet de l'établissement. Le service du DIM assure l'information et la formation concernant la tenue des dossiers auprès des professionnels.
 Le règlement intérieur des archives a été validé en février 2014 et expose les règles de tenue du dossier papier dans son article 9 et annexes. Il précise comment le dossier doit être organisé et classé par pochettes.
 Le classeur sur la tenue du dossier informatisé a été revu en mars 2014 et est disponible sur Intranet, accessible de tous les postes de l'établissement.

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

Oui

Les règles d'accès au dossier patient informatique et papier sont définies par le Collège du département de l'information médicale de l'évaluation de la qualité des soins (CODIMEQS). Les droits sont organisés par groupe d'utilisateurs, champs d'intervention et statut de l'utilisateur (interne et extérieur). Les règles d'accès sont diffusées via Intranet, dans le guide de l'utilisateur du système d'information médical.

	Oui	La charte informatique est disponible sur l'Intranet. La signature de la charte informatique est obligatoire lors de toute nouvelle embauche. L'ensemble des professionnels ont été sollicités afin de signer cette charte. L'ensemble des documents est disponible aux professionnels concernés.
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	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 85% avec un intervalle de confiance à 95 % = [82-88] pour la campagne de recueil 2013.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Oui	L'établissement met en œuvre un système de communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes. La notion de temps utile est définie par l'établissement comme temps réel. Cette option est adaptée au type de prise en charge. L'informatisation du dossier permet effectivement un accès en temps réel aux éléments du dossier. Les modalités de communication sont définies. La communication du dossier auprès des intervenants extérieurs est assurée par l'envoi des comptes-rendus médicaux et des fiches de liaisons infirmières. Le consentement du patient est recherché pour toute communication auprès des correspondants extérieurs. Les délais de communication du dossier prennent en compte le type de pathologie ou de prise en charge. Les règles d'accessibilité et de confidentialité sont établies. Le service du DIM a mis en place et propose aux médecins hospitaliers une maquette de lettre de sortie qui pourra donc être envoyée aux médecins traitants dès le jour de la sortie du patient. Le règlement intérieur des archives a été validé en février 2014, il précise les principes de communication du dossier entre les professionnels. Il est complété par la procédure de circulation des dossiers.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	<p>L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation. L'établissement recueille l'indicateur hôpital numérique.</p> <p>Au regard des résultats des indicateurs IPAQSS 2011, des actions d'amélioration ont été menées.</p> <p>Un audit clinique ciblé interne a été diligenté en juin 2012. Il a démontré une amélioration significative sur plusieurs items (examen psychiatrique dans les 24 heures, trace de la modalité d'hospitalisation à l'admission pour les patients hospitalisés sans consentement, conformité du traitement de sortie).</p>
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	<p>Les résultats des évaluations sont analysés lors des réunions du Collège du département de l'information médicale de l'évaluation de la qualité des soins (CODIMEQS). Les actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des évaluations de la gestion du dossier patient.</p> <p>Les résultats font l'objet d'une communication organisée et structurée (instances, lettre de la qualité). Des actions d'amélioration propres à chaque pôle sont définies lors des revues des contrats de pôle. Lors des réunions des cadres de santé et des "référents logiciel dossier patient informatisé", des actions d'amélioration sont proposées.</p> <p>Les actions importantes décidées en Codimeqs, relatives à l'amélioration de la tenue du dossier patient, sont désormais inscrites au programme qualité de l'établissement. Pour chacune d'elles sont identifiés un responsable, une échéance, des indicateurs de suivi. Ce programme qualité est suivi par le Copil qualité de l'établissement.</p>

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

En grande partie

Les règles de tenue du dossier patient informatisé sont formalisées, actualisées et diffusées dans l'Intranet de l'établissement. Le service du DIM assure l'information, et la formation concernant la tenue des dossiers auprès des professionnels.

Un dossier papier persiste (comptes-rendus de consultations externes, d'analyses de laboratoires, de radiographies notamment) : son architecture a été définie, mais ses règles de tenue ne sont pas formalisées.

Un classeur sur la tenue du dossier patient informatisé demeure disponible dans les unités, mais il n'est pas actualisé au jour de la visite.

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

Oui

Les règles d'accès au dossier patient informatique et papier sont définies par le Collège du département de l'information médicale de l'évaluation de la qualité des soins (CODIMEQS). Les droits sont organisés par groupe d'utilisateurs, champs d'intervention et statut de l'utilisateur (interne et extérieur). Les règles d'accès sont diffusées via Intranet, dans le guide de l'utilisateur du système d'information médical.

La charte informatique est disponible sur l'Intranet. La

	Oui	signature de la charte informatique est obligatoire lors de toute nouvelle embauche. L'ensemble des professionnels ont été sollicités afin de signer cette charte. La totalité des documents est disponible aux professionnels concernés.
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	L'établissement met en place une organisation permettant à l'ensemble des intervenants la traçabilité des éléments constitutifs de l'ensemble des étapes (diagnostiques, thérapeutiques, administratives) de la prise en charge du patient. Tous les professionnels concourant à la prise en charge du patient tracent leurs observations dans le dossier patient informatisé. Un dossier papier persiste, regroupant des éléments ne pouvant être intégrés dans le dossier informatisé (courriers extérieurs, résultats d'analyses biologiques signés, projet de vie du patient). La notion de temps utile définie comme temps réel par l'établissement est adaptée au type de prise en charge. Les résultats de l'évaluation sur la tenue du dossier patient réalisée en 2012 sur l'USLD ont démontré que dans 100 % des cas, tous les éléments relatifs à la prise en charge du patient étaient tracés dans le dossier patient électronique après chaque observation des patients, en fin de visite.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	L'établissement met en oeuvre un système de communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes. La notion de temps utile est définie par l'établissement comme temps réel. Cette option est adaptée au type de prise en charge. L'informatisation du dossier permet effectivement un accès en temps réel aux éléments du dossier. Le médecin de la structure "unité de soins longue durée" a accès aux données informatiques concernant les patients ayant effectué un séjour antérieur sur le centre hospitalier Gérard Marchant. Les modalités de communication sont définies. La

	En grande partie	<p>communication du dossier auprès des intervenants extérieurs est assurée par l'envoi des comptes-rendus médicaux, des fiches de liaisons infirmières. Le consentement du patient est recherché pour toute communication auprès des correspondants extérieurs. Les délais de communication du dossier prennent en compte le type de pathologie et de prise en charge. Les règles d'accessibilité et de confidentialité sont établies.</p> <p>Mais ces modalités ne sont pas formalisées dans le cadre d'une procédure, et le règlement intérieur des archives médicales ainsi que la charte d'archivage des dossiers médicaux sont en cours de finalisation.</p>
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	L'établissement a recueilli l'indicateur hôpital numérique. Une évaluation sur la tenue du dossier a été réalisée en 2012. Les résultats ont fait l'objet d'une présentation à l'ensemble des équipes soignantes. Des actions d'amélioration ont été définies. Cependant, cette évaluation ne se base pas sur des indicateurs et n'a pas été renouvelée.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	En grande partie	Suite au premier tour d'audit, des préconisations ont été formulées et mises en place. Cependant, le plan d'actions n'a pas été formalisé.

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.b - Santé mentale
Accès du patient à son dossier



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation en vigueur. Une procédure définissant les différentes étapes de l'accès et de la communication du dossier est formalisée et diffusée sur l'Intranet de l'établissement. Cette procédure propose de favoriser la consultation du dossier sur place en présence d'un médecin. Les modalités spécifiques, concernant l'accès au dossier des patients en psychiatrie, en pédopsychiatrie, aux ayants droit en cas de décès, sont également mentionnées dans la procédure.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement met en oeuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier. Le dispositif d'information est déployé dans l'ensemble des secteurs d'activité concernés. Le patient est informé des droits d'accès à son dossier par le livret d'accueil intégrant la charte de la personne hospitalisée. La fiche du ministère de la Santé sur les règles d'accessibilité aux informations de

	Oui	santé à caractère personnel est disponible sur Intranet. Les professionnels peuvent l'éditer et la remettre au patient qui s'interroge sur leurs droits d'accès au dossier.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	En grande partie	Un tableau de bord du suivi des délais d'accès est en place. Il est géré par l'attachée administrative hospitalière à la direction générale. Les indicateurs issus de ce tableau de bord de suivi figurent dans le bilan de la CRUQPEC. Toutefois, le respect des délais d'accès est généralement assuré. La moyenne de transmission d'un dossier de moins de cinq ans est de neuf jours et celle d'un dossier de plus de cinq ans est de deux mois et cinq jours.
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.	En grande partie	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des analyses des délais de transmission des dossiers patients. La coordination et le suivi sont assurés par l'attachée administrative hospitalière à la direction générale. Un rappel de la procédure et des délais réglementaires a été réalisé auprès des médecins. Il a été également décidé de considérer comme date de référence la date à laquelle la demande est complète et précise (par exemple : justificatifs pour les ayants droit, séjour concerné, pièces du dossier demandées) pour mesurer le délai de transmission du dossier. Depuis cette année, le tableau de suivi tient compte de la date de la prise en charge concernée par la demande (dossier de plus ou de moins de cinq ans). Cependant, les actions d'amélioration parviennent généralement à réduire ce délai.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRUQPEC est informée du nombre de demandes d'accès au dossier médical et des délais de transmission. L'impact des actions d'amélioration est mesuré à travers l'indicateur "Délai de transmission des dossiers" lors du bilan annuel réalisé par le président de la CRUQPEC.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation en vigueur. Une procédure définissant les différentes étapes de l'accès et de la communication du dossier est formalisée et diffusée sur l'Intranet de l'établissement. Cette procédure propose de favoriser la consultation du dossier sur place en présence d'un médecin. Les modalités spécifiques, concernant l'accès au dossier des patients en USLD et aux ayants droit en cas de décès, sont également mentionnées dans la procédure.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement met en oeuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier. Le dispositif d'information est déployé sur l'USLD. Le patient est informé des droits d'accès à son dossier par le livret d'accueil intégrant la charte de la personne hospitalisée. La fiche du ministère de la Santé sur les règles d'accessibilité aux informations de santé à caractère personnel est disponible sur Intranet. Les professionnels peuvent l'éditer

	Oui	et la remettre au patient ou aux ayants droit qui s'interrogent sur leurs droits d'accès au dossier patient.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	L'établissement a identifié une personne ressource, responsable des relations avec les usagers pour faciliter le dispositif. Il est mis en place un appel téléphonique aux secrétaires médicales dès le jour de la demande pour permettre à la secrétaire d'anticiper le travail de préparation du dossier. Un tableau de bord du suivi des délais d'accès est en place. Il est géré par le président de la CRUQPEC. Les indicateurs issus de ce tableau de bord de suivi figurent dans le bilan de la CRUQPEC.
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	<p>Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des analyses des délais de transmission des dossiers patients. La coordination et le suivi sont assurés par le président de la CRUPQPEC.</p> <p>Un rappel de la procédure et des délais réglementaires a été réalisé auprès des médecins. Il a été également décidé de considérer comme date de référence, la date à laquelle la demande est complète et précise (par exemple : justificatifs pour les ayants droit, séjour concerné, pièces du dossier demandées) pour mesurer le délai de transmission du dossier.</p> <p>Depuis cette année, le tableau de suivi tient compte de la date de la prise en charge concernée par la demande (dossier de plus ou de moins de cinq ans).</p> <p>Le délai de transmission du dossier médical est passé de 20 jours en 2012, à 13 jours en 2013.</p> <p>Les dossiers concernant les hospitalisations de plus de 5 ans ont tous été remis dans les délais.</p> <p>Ces indicateurs de délai d'envoi, suivis par la direction, sont communiqués à la CRUQPEC, à l'ARS et à la CME. Ils sont la preuve que les actions d'amélioration engagées début 2012 ont été suivies d'effets.</p>

La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRUQPEC est informée du nombre de demandes d'accès au dossier médical et des délais de transmission. L'impact des actions d'amélioration est mesuré à travers l'indicateur "Délai de transmission des dossiers" lors du bilan annuel réalisé par le président de la CRUQPEC.
---	-----	---

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Santé mentale
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

Il existe une organisation pour garantir la fiabilité de l'identification du patient.
 Une cellule d'identitovigilance mise en place en septembre 2012 est constituée d'une équipe multidisciplinaire de 18 personnes.
 Une charte d'identification du patient définissant les objectifs pour les secteurs administratifs et de soins a été élaborée. Elle comporte les moyens informatiques et techniques utilisés en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement. Elle établit les points critiques, les critères et indicateurs d'analyse. Les missions de cette cellule sont identifiées et les responsabilités définies.
 La gestion des situations particulières (identification provisoire, enregistrement au secret) est prise en compte. Ainsi, les modalités de création d'identité provisoire et d'enregistrement des patients sous "ALIAS" sont définies.
 Toutefois, la charte d'identification du patient est en cours de finalisation au jour de la visite.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

<p>Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le personnel administratif et les professionnels de santé sont formés au risque d'erreur d'identification du patient lors de leur formation au logiciel de création des identités, et sont sensibilisés par le personnel d'encadrement.</p> <p>Une formation spécifique reprenant toutes les notions relatives à l'identitovigilance a été dispensée aux membres de la cellule. Ces derniers sensibilisent les professionnels administratifs et soignants en charge de l'accueil du patient.</p> <p>Une vérification des doublons et des collisions est effectuée journalièrement par le DIM, et une vérification hebdomadaire des dossiers créés est effectuée par les secrétaires. Une analyse des dossiers est organisée trimestriellement.</p> <p>Une "hotline" est à disposition des services pour traiter les problèmes d'identité.</p>
<p>Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La création de l'identité du patient est effectuée dans le logiciel par les soignants des unités de soins lors de l'admission, puis "consolidée" par le bureau des admissions et le DIM.</p> <p>La carte d'identité (ou à défaut une autre pièce d'identité) est demandée au patient par les soignants, et une photocopie est intégrée au dossier.</p> <p>Toutefois, il n'existe pas de procédure écrite de vérification de l'identité. Seule une procédure de saisie des éléments dans le logiciel lors des admissions mentionnant la vérification des justificatifs d'identité est en cours de finalisation.</p>
<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une procédure de vérification de l'identité est établie dans les secteurs cliniques. Elle est disponible, mise en oeuvre et actualisée. Elle est adaptée à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques. La vérification est tracée.</p> <p>Les professionnels sont vigilants au moment des soins, particulièrement en cas d'intégration de nouveaux personnels, d'intérimaires ou de stagiaires.</p> <p>Lors des formations des nouveaux personnels au logiciel de création des identités, des rappels sont effectués et des consignes sont communiquées aux personnels concernant les modalités de vérification en cas de doute sur l'identité</p>

	Oui	<p>d'un patient.</p> <p>Une procédure concernant l'administration des médicaments décrit les modalités de vérification de l'identité du patient. Des consignes spécifiques sont rappelées dans la procédure de prélèvements sanguins. Ces documents sont disponibles dans les unités de soins, et sur Intranet. L'administration des traitements se fait dans la salle de soins patient par patient.</p> <p>Les procédures concernant l'administration des médicaments et de prélèvements sanguins sont appliquées.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	Partiellement	<p>La question de l'identitovigilance est inscrite au programme qualité et sécurité des soins. Toutefois, l'établissement ne possède pas de dispositif structuré d'évaluation concernant la fiabilité de l'identification à toutes les étapes de la prise en charge.</p> <p>Une enquête sur l'administration des médicaments a été organisée en janvier 2012 intégrant un item sur la vérification de l'identité du patient. Mais les résultats de cet item n'ont pas donné lieu à un plan d'actions structuré.</p> <p>L'établissement recueille l'indicateur hôpital numérique associé.</p>

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Il existe une organisation pour garantir la fiabilité de l'identification du patient. Une cellule d'identitovigilance mise en place en septembre 2012 est constituée d'une équipe multidisciplinaire de 18 personnes. Une charte d'identification du patient définissant les objectifs pour les secteurs administratifs et de soins a été élaborée. Elle comporte les moyens informatiques et techniques utilisés en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement. Elle établit les points critiques, les critères et indicateurs d'analyse. Les missions de cette cellule sont identifiées et les responsabilités définies. La gestion des situations particulières (identification provisoire, enregistrement au secret) est prise en compte. Ainsi, les modalités de création d'identité provisoire et d'enregistrement des patients sous "ALIAS" sont définies. Toutefois, la charte d'identification du patient est en cours de finalisation au jour de la visite.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

<p>Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le personnel administratif et les professionnels de santé sont formés au risque d'erreur d'identification du patient, lors de leur formation au logiciel de création des identités, et sensibilisés par le personnel d'encadrement.</p> <p>Une formation spécifique reprenant toutes les notions relatives à l'identitovigilance a été dispensée aux membres de la cellule. Ces derniers sensibilisent les professionnels administratifs et soignants en charge de l'accueil du patient.</p> <p>Une vérification des doublons et des collisions est effectuée journalièrement par le DIM, une vérification hebdomadaire des dossiers créés est effectuée par les secrétaires. Une analyse des dossiers est organisée trimestriellement.</p> <p>Une "hotline" est à disposition des services pour traiter les problèmes d'identité.</p>
<p>Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La création de l'identité du patient est effectuée dans le logiciel par la secrétaire de l'USLD lors de l'admission du patient, puis est "consolidée" par le bureau des admissions et le DIM. La carte d'identité (ou à défaut une autre pièce d'identité) est demandée au patient, et une photocopie est intégrée au dossier.</p> <p>Toutefois, une procédure de saisie des éléments dans le logiciel lors des admissions mentionnant la vérification des justificatifs d'identité est en cours de finalisation.</p>
<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une procédure de vérification de l'identité est établie sur l'USLD. Elle est disponible, mise en oeuvre et actualisée. Elle est adaptée à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques. La vérification est tracée.</p> <p>Les professionnels sont vigilants au moment des soins, particulièrement en cas d'intégration de nouveaux personnels, d'intérimaires ou de stagiaires.</p> <p>Lors des formations des nouveaux personnels au logiciel de création des identités, des rappels sont effectués et des consignes sont communiquées aux personnels concernant les modalités de vérification en cas de doute sur l'identité d'un patient.</p> <p>Une procédure concernant l'administration des médicaments décrit les modalités de vérification de l'identité du patient.</p>

	Oui	Des consignes spécifiques sont rappelées dans la procédure de prélèvements sanguins. Ces documents sont disponibles dans les unités de soins et sur Intranet. Une photo du patient est apposée sur son pilulier, ainsi qu'à l'intérieur de sa chambre. Les procédures concernant l'administration des médicaments et de prélèvements sanguins sont appliquées par les professionnels.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Partiellement	La question de l'identitovigilance est inscrite au programme qualité et sécurité des soins. Toutefois, l'établissement ne possède pas de dispositif structuré d'évaluation concernant la fiabilité de l'identification à toutes les étapes de la prise en charge. Une enquête sur l'administration des médicaments a été organisée en janvier 2012 intégrant un item sur la vérification de l'identité du patient. Mais les résultats de cet item n'ont pas donné lieu à un plan d'actions structuré. L'établissement recueille l'indicateur hôpital numérique associé.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 16: l'accueil du patient**Critère 16.a - Santé mentale
Dispositif d'accueil du patient****Cotation**

B

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

Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.

Oui

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

En grande partie

Des dispositions sont prises afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.

Oui

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

Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.

Oui

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

Référence 16: l'accueil du patient		
Critère 16.a - Soins de longue durée Dispositif d'accueil du patient		
Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	En grande partie	
Des dispositions sont prises afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	Oui	
Le délai prévisible de prise en charge est annoncé.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur hôpital numérique associé. La qualité du dispositif d'accueil est évoquée lors des réunions institutionnelles et des analyses de pratiques réalisées par le cadre de santé de la structure. Cependant, l'évaluation ne fait pas appel à des outils méthodologiques validés par la HAS (audit notamment).
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	En grande partie	Les modalités d'accueil ont été définies (procédure d'admission). Elles ont été ajustées au regard de la population accueillie. Toutefois, ces actions d'amélioration sont généralement évoquées lors des réunions de la CRU.

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

Critère 17.a - Santé mentale

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

Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	En grande partie	

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.	Oui	
Le projet de soins personnalisés est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites, afin de s'assurer de la traçabilité des informations.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	Oui	

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

Critère 17.a - Soins de longue durée

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

Cotation

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

L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.	Oui	
Le projet de soins personnalisés est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites, afin de s'assurer de la traçabilité des informations.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	

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

Critère 17.b
Prise en charge somatique des patients



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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge somatique est formalisé.

Oui

L'établissement a défini un projet de prise en charge somatique. Ce projet est décrit dans le programme qualité et gestion des risques.

Les objectifs sont définis. Tout patient entrant bénéficie d'un examen médical somatique dans les 24 heures suivant son admission. Il bénéficie d'un suivi spécifique en cas de pathologies associées. Les besoins sont identifiés au cas par cas. Une articulation avec les médecins de ville est réalisée le cas échéant. La définition des moyens et des ressources nécessaires est réalisée. Une organisation dédiée est en place : un service de soins somatiques est en place. Chaque service a un médecin généraliste référent. L'identification des personnes ressources est assurée (médecins généralistes, médecins spécialistes). Les modalités de recours aux personnes ressources sont établies. Des partenariats et conventions sont formalisés : CHU, Canceropôle, Médipôle pour l'imagerie médicale, convention avec un laboratoire pour les analyses de biologie médicale.

Les professionnels sont sensibilisés à la prise en charge

	Oui	somatique du patient. Le projet a été défini avec tous les acteurs concernés. Il est formalisé et intégré au projet d'établissement.
Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.	En grande partie	Une convention a été signée avec Médipôle pour l'imagerie médicale. Une autre est signée avec un laboratoire d'analyses de biologies médicales. Les coordonnées des personnes ressources sont actualisées. Le recours aux avis spécialisés est généralement formalisé sous forme de partenariats (CHU, Cancéropôle).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.	Oui	Le projet de prise en charge somatique est déployé dans tous les secteurs de soins de l'établissement. Chaque service a un médecin généraliste référent. L'évaluation initiale et son volet somatique sont tracés systématiquement dans le dossier patient.
Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.	Oui	Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge intra-hospitalière, et tracé dans le dossier du patient. Les données relatives au suivi somatique sont disponibles et accessibles aux personnes habilitées tout au long de la prise en charge. Un examen somatique est réalisé à périodicité définie en fonction de l'état de santé du patient et de son projet de soins personnalisés. Les besoins spécifiques du patient sont évalués et pris en compte. Pour faciliter le suivi somatique, le médecin généraliste référent du service participe aux réunions de synthèse hebdomadaires.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	L'évaluation sur l'organisation de la prise en charge somatique se fait par l'intermédiaire d'EPP ("Evaluation du risque somatique chez l'enfant et l'adolescent lors de la mise en place et du suivi d'un traitement psychotrope", "Dépistage des effets cardio-vasculaires et métaboliques

Partiellement	<p>consécutifs à la prise d'antipsychotiques") et par des RMM autour des morbidités repérées et des décès. Sur ces thématiques, des actions d'amélioration sont mises en place.</p> <p>En revanche, le suivi de leur mise en oeuvre n'est pas organisé, et le dispositif de l'évaluation globale de l'organisation de la prise en charge somatique n'est pas structuré.</p>
---------------	---

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Santé mentale
 Continuité et coordination de la prise en charge des patients



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Il existe un guide définissant les règles de présence et le système de gardes et astreintes permettant d'assurer la permanence des soins 24 h/24.
 La Commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS), présidée par le président de la CME, définit les règles de présences et le système de gardes et astreintes. Ces missions sont explicitées dans le règlement intérieur de la CME.
 Des tableaux de gardes et astreintes médicales et administratives sont élaborés et disponibles sur un serveur partagé. En semaine et le week-end, en dehors des horaires d'ouverture, les médecins psychiatres et somaticiens assurent la permanence des soins. La nuit et les jours fériés et de week-end, les internes de psychiatrie assurent les gardes sur l'hôpital. Ils sont aidés dans leur fonction par un psychiatre d'astreinte et un médecin somaticien d'astreinte.
 La situation géographique de l'unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents (UCHA) a nécessité une organisation propre. L'équipe soignante s'appuie sur le système de gardes et d'astreintes de l'établissement. Elle fait

	Oui	<p>Intervenir si besoin un médecin généraliste de ville, et fait alerter le SAMU en cas d'urgence vitale. Les pharmaciens et les psychiatres assurent une astreinte opérationnelle au sein de cette structure. Ces documents sont disponibles et actualisés. Les règles de présence et le système de gardes et astreintes sont accessibles aux professionnels concernés.</p>
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	Oui	<p>Le projet médical inclus dans le projet d'établissement définit les articulations entre les différents professionnels de l'intra- et de l'extra-hospitalier. Les soignants des structures ambulatoires sont conviés à la synthèse clinique des patients qu'ils suivent, afin de coordonner les soins lors de leur sortie. Le dossier patient informatisé permet une accessibilité en temps réel des informations nécessaires à la coordination des soins. En 2008, l'établissement a mené un travail sur la fluidité des admissions (travaux MEAH, commission d'appui en santé mentale). Un poste de cadre d'information et de régulation (CIR) a été créé : un cadre de santé répond 24 h/24 et 7 j/7 aux sollicitations extérieures. Le CIR est l'interlocuteur privilégié des urgences, des établissements sanitaires et médico-sociaux. Ces règles ont été élaborées avec l'ensemble des professionnels concernés. Elles sont diffusées et accessibles aux personnes concernées quel que soit le mode de prise en charge.</p>
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	<p>L'établissement dispose d'un guide permettant d'organiser la transmission d'informations entre secteurs et avec l'extérieur. Les modalités de transmission d'informations entre les professionnels sont définies : l'utilisation du dossier informatisé est privilégiée. Les droits d'accès au dossier informatisé sont étendus aux médecins biologistes effectuant les analyses biologiques (hôpital J. Ducuing), ainsi qu'aux psychiatres du CHU travaillant au service d'urgences psychiatriques. Les modalités de transmission d'informations auprès des intervenants extérieurs ont été discutées et validées lors de réunions du Collège du département de l'information médicale de l'évaluation de la</p>

	Oui	qualité des soins (CODIMEQS). Ce guide est accessible aux professionnels concernés.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	Les modalités de collaboration sont formalisées et définies dans le projet médical du projet d'établissement, notamment en matière de visites à domicile, partage de l'information des données du dossier. Les pôles ont mis en place une organisation interne permettant une mise à disposition des lits d'admission, en cas d'accueil en urgence. Cette organisation est décrite dans le règlement intérieur de l'établissement. Les modalités de collaboration entre services sont connues des professionnels et sont appliquées.
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	L'établissement a mis en place des procédures d'organisation du recours aux spécialistes entre services, et à l'extérieur. Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement tant sur le plan somatique que psychiatrique. Les praticiens ayant une compétence spécifique sont régulièrement interpellés par leurs confrères. Les médecins font appel également aux médecins extérieurs à l'établissement (médecins spécialistes). Une convention doit être prochainement signée avec le CHU de Purpan, et l'hôpital J. Ducuing. La réalisation des examens d'imagerie et des examens de laboratoire est externalisée. Les compétences disponibles au sein des différents secteurs d'activité de l'établissement sont identifiées et connues des professionnels.
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	Lors de la prise en charge du patient, deux professionnels sont désignés en qualité de référents : le médecin qui suivra le patient tout au long de sa prise en charge et un infirmier. Le médecin et l'infirmier référent s'assurent de la bonne coordination des soins.

	Oui	Ces personnes référentes sont clairement identifiées. Elles sont connues des autres professionnels du secteur, et de la personne soignée et de ses proches le cas échéant (pédopsychiatrie et gérontopsychiatrie notamment).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	Partiellement	<p>L'évaluation de la continuité et de la coordination de la prise en charge est réalisée lors de réunions institutionnelles. Des EPP menées dans l'établissement abordent la problématique de la continuité et la coordination des soins : de nombreuses actions sont réalisées en direction des partenaires extérieurs (ex. : EPP "Prévention des risques de rechute des patients bipolaires", EPP "Suivi des prises en charge pluriprofessionnelles de psychiatrie infantile").</p> <p>Des actions d'amélioration sont menées au cas par cas. Cependant, l'évaluation ne s'appuie pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur une méthodologie définie ; - sur des outils de mesure spécifiques ; - sur l'analyse des événements indésirables ; - sur l'analyse des actions d'amélioration mise en place. <p>Lors du bilan 2012 des événements indésirables, six d'entre eux concernaient la coordination des soins ; cependant, l'évaluation menée ne prend pas ceux-ci en compte.</p> <p>La mise en place du poste de cadre d'information et de régulation avait pour objectif de fluidifier les entrées. Or, après deux ans de fonctionnement, cette organisation n'a pas été évaluée.</p>

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.

Oui

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	Oui	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.b - Santé mentale

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

Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.

Oui

Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.

Oui

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

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

A

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

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

Oui

Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.

NA

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

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

Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.

Oui

Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.

Oui

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Partiellement

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Enfants et adolescents

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes atteintes d'un handicap Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes démunies

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.b - Santé mentale
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.

En grande partie

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.

En grande partie

Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 51 % avec un intervalle de confiance de 95 % = [39 % - 62 %] pour la campagne de recueil de 2011.
 L'établissement a réalisé un audit clinique ciblé interne en

	En grande partie	2012 qui montre une amélioration du dépistage des troubles nutritionnels et de la prise en compte de ces derniers.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation. Il a réalisé un audit clinique ciblé interne en 2012.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.

Oui

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

Référence 19: Les prises en charge particulières**Critère 19.c - Santé mentale
Risque suicidaire**

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation**B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.

En grande partie

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

L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.

En grande partie

Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.

En grande partie

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Soins de longue durée Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.

Oui

Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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 d'hospitalisation sans consentement sont mises en oeuvre.

Oui

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Santé mentale
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Il existe une politique concertée et formalisée. L'instance de coordination est le COMEDIMS. Le pharmacien, chef de pôle médical et technique est nommé référent du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Un plan d'actions est défini et présenté en CME. La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est intégrée au programme qualité et gestion des risques liés aux soins 2012-2013.

La politique comporte des objectifs précis (lutte contre la iatrogénie, travail sur les stratégies thérapeutiques autour des états d'agitation, mise en conformité avec l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la prise en charge médicamenteuse, respect de la circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, réflexion autour des prescriptions hors AMM avec prise en compte de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité des médicaments et des produits de santé, participation au séminaire de psychopharmacologie en lien

	Oui	<p>avec le CHU et les psychiatres libéraux), et des indicateurs de suivi (coûts, types de médicaments prescrits, taux d'erreurs médicamenteuses).</p> <p>La politique prend en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les suites d'inspection, contrôles de la PUI, ainsi que les recommandations de la visite du 11 décembre 2002 ont été pris en compte (amélioration du suivi de la température dans le réfrigérateur contenant les produits thermosensibles, recouvrir le plan de travail préparatoire d'une plaque de verre pour faciliter le nettoyage) ; - la prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge, y compris la gestion et l'utilisation des médicaments à risques (insulines, anti-vitamines K, stupéfiants, antiparkinsoniens, anticancéreux), et les populations à risques (enfants, personnes âgées, personnes porteuses d'une maladie chronique, immunodéprimés) ; - la formation des professionnels et des nouveaux arrivants aux procédures et protocoles par les pharmaciens, les internes en pharmacie, les cadres de santé ; - les actions d'amélioration définies lors de l'analyse des erreurs médicamenteuses ; - l'information des professionnels : diffusion du compte-rendu du COMEDIMS à l'ensemble des médecins et des cadres de santé ; - l'informatisation. <p>L'établissement n'est pas soumis au contrat du bon usage du médicament (CBUM). Toutefois, les recommandations ANSM (Agence nationale de la sécurité du médicament) et de la commission de transparence de la HAS sont diffusées aux praticiens.</p>
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Le déploiement du projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est totalement réalisé. Il existe un dossier patient électronique qui comprend l'ensemble de la prise en charge médicamenteuse, de la prescription à la surveillance des traitements.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Il existe des outils d'aide à la prescription, à l'analyse pharmaceutique et à l'administration des médicaments : Vidal et livret thérapeutique. Sur le site Intranet, des protocoles sont à la disposition des professionnels. Les outils sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Il existe des actions de formation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses, y compris associés à l'informatisation. Il existe des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses. Trois externes en pharmacie ont pour mission de sensibiliser au signalement des erreurs médicamenteuses et à leur prévention. Cette action a été présentée à la CME de janvier 2012. L'équipe de pharmaciens travaille sur les 12 événements qui ne devraient jamais arriver (selon la méthode IMSP's list high alert medications and the 12 never events, reprise par l'ANSM). Des référents sur le circuit du médicament sont identifiés, et sont des relais d'informations dans les services. Un IDE de l'unité est référent pharmacie. Chaque préparateur en pharmacie est référent de plusieurs unités de soins. Une formation a été dispensée aux référents en pharmacie, les pharmaciens, un médecin par pôle, des cadres et la directrice des soins sur trois sessions de deux jours en septembre et octobre 2012. Toutefois, les professionnels ne sont pas tous formés au jour de la visite. Effectivement, cette formation est inscrite au plan de développement professionnel continu (DPC) 2013.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est en place dans toutes les unités de soins comme le montre le résultat de l'indicateur hôpital numérique (taux = 100 %).

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, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	<p>La prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement fait l'objet d'un suivi qualitatif et quantitatif.</p> <p>Les indicateurs quantitatifs suivis sont : la consommation globale de médicaments en valeur, l'évolution de la consommation par rapport aux années antérieures, le palmarès des cinq premiers produits en valeur et quantité, le coût des molécules onéreuses (traitements HIV, hépatite, sclérose en plaque, spondylarthrite ankylosante notamment).</p> <p>Les indicateurs qualitatifs suivis sont : le nombre d'avis pharmaceutiques émis par an, le nombre d'ordonnances analysées, le nombre d'analyses pharmaceutiques suivies pour restitution au COMEDIMS, le nombre de réunions du COMEDIMS. L'établissement suit également l'indicateur hôpital numérique associé.</p>
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	En grande partie	<p>Il existe un dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses à la disposition des professionnels concernés. Il s'agit de la fiche de recueil d'événements indésirables.</p> <p>Il existe une organisation pour analyser de façon méthodique les erreurs médicamenteuses. Une analyse des causes est enclenchée lors des erreurs médicamenteuses par les pharmaciens. L'outil utilisé est "le diagramme d'Ishikawa". Une enquête et une analyse sont réalisées en amont par la pharmacie en lien avec le service concerné. La cellule qualité peut intervenir également.</p> <p>Toutefois, cette analyse n'est pas réalisée de façon collective au jour de la visite.</p>
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	<p>Un audit réalisé en 2011, sur le circuit du médicament, a donné lieu à la mise en place d'actions correctives.</p> <p>La redéfinition du processus de signalement des événements indésirables confère au COMEDIMS le traitement des erreurs médicamenteuses pour actions correctives, en lien avec les cellules d'analyses des risques.</p>

Oui	Les actions d'amélioration sont mises en oeuvre, suivies et coordonnées par les pharmaciens. La rétro-information des professionnels est assurée. Depuis 2012, l'établissement organise un audit du circuit du médicament à partir de l'outil ARCHIMED (analyse des risques liés au circuit hospitalier inhérent aux médicaments).
-----	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Il existe une politique concertée et formalisée. L'instance de coordination est le COMEDIMS. Le pharmacien, chef de pôle médical et technique est nommé référent du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Un plan d'actions est défini et présenté en CME. La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est intégrée au programme qualité et gestion des risques liés aux soins 2012-2013.

La politique comporte des objectifs précis (lutte contre la iatrogénie, travail sur les stratégies thérapeutiques autour des états d'agitation, mise en conformité avec l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la prise en charge médicamenteuse, respect de la circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, réflexion autour des prescriptions hors AMM avec prise en compte de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité des médicaments et des produits de santé, participation au séminaire de psychopharmacologie en lien

	Oui	avec le CHU et les psychiatres libéraux), et des indicateurs de suivi (coûts, types de médicaments prescrits, taux d'erreurs médicamenteuses). La politique prend en compte : - les suites d'inspection, contrôles de la PUI, ainsi que les recommandations de la visite du 11 décembre 2002 ont été pris en compte (amélioration du suivi de la température dans le réfrigérateur contenant les produits thermosensibles, recouvrir le plan de travail préparatoire d'une plaque de verre pour faciliter le nettoyage) ; - la prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge, y compris la gestion et l'utilisation des médicaments à risques (insulines, anti-vitamines K, stupéfiants, antiparkinsoniens, anticancéreux), et les populations à risques (personnes âgées, personnes porteuses d'une maladie chronique, immunodéprimés) ; - la formation des professionnels et des nouveaux arrivants aux procédures et protocoles par les pharmaciens, les internes en pharmacie, les cadres de santé ; - les actions d'amélioration définies lors de l'analyse des erreurs médicamenteuses ; - l'information des professionnels : diffusion du compte-rendu du COMEDIMS à l'ensemble des médecins et des cadres de santé ; - l'informatisation. Les recommandations de l'ANSM et de la commission de transparence de la HAS sont diffusées aux praticiens.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Le déploiement du projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est totalement réalisé. Il existe un dossier patient électronique qui comprend l'ensemble de la prise en charge médicamenteuse, de la prescription à la surveillance des traitements.
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Il existe des outils d'aide à la prescription, à l'analyse pharmaceutique et à l'administration des médicaments : Vidal et livret thérapeutique. Sur le site Intranet, des protocoles sont à la disposition des professionnels.

	Oui	Les outils sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	<p>Il existe des actions de formation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses, y compris associés à l'informatisation.</p> <p>Il existe des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses. Trois externes en pharmacie ont pour missions de sensibiliser au signalement des erreurs médicamenteuses et à leur prévention. Cette action a été présentée en CME de janvier 2012. L'équipe de pharmaciens travaille sur les 12 événements qui ne devraient jamais arriver (selon la méthode IMSP's list high alert medications and the 12 never events, reprise par l'ANSM).</p> <p>Des référents sur le circuit du médicament sont identifiés, et sont des relais d'informations dans les services. Un IDE de l'unité et un préparateur sont référents pharmacie de l'ULSD.</p> <p>Une formation a été dispensée aux référents en pharmacie, les pharmaciens, un médecin de l'USLD, des cadres et la directrice des soins sur trois sessions de deux jours en septembre et octobre 2012.</p> <p>Toutefois, les professionnels ne sont pas tous formés au jour de la visite. Effectivement, cette formation est inscrite au plan de développement professionnel continu (DPC) 2013.</p>
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est en place sur l'USLD comme le montre le résultat de l'indicateur hôpital numérique (taux = 100 %).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.</p>	<p>Oui</p>	<p>La prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement fait l'objet d'un suivi qualitatif et quantitatif. Les indicateurs quantitatifs suivis sont : la consommation globale de médicaments en valeur, l'évolution de la consommation par rapport aux années antérieures, le palmarès des cinq premiers produits en valeur et quantité, le coût des molécules onéreuses (traitements HIV, hépatite, sclérose en plaque, spondylarthrite ankylosante, cancer notamment). Les indicateurs qualitatifs suivis sont : le nombre d'avis pharmaceutiques émis par an, le nombre d'ordonnances analysées, le nombre d'analyses pharmaceutiques suivies pour restitution au COMEDIMS, le nombre de réunions du COMEDIMS. L'établissement suit également l'indicateur hôpital numérique associé.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Il existe un dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses à la disposition des professionnels concernés. Il s'agit de la fiche de recueil d'événements indésirables. Il existe une organisation pour analyser de façon méthodique les erreurs médicamenteuses. Une analyse des causes est enclenchée lors des erreurs médicamenteuses par les pharmaciens. L'outil utilisé est le "diagramme d'Ishikawa". Une enquête et une analyse sont réalisées en amont par la pharmacie en lien avec le service concerné. La cellule qualité peut intervenir également. Toutefois, cette analyse n'est pas réalisée de façon collective au jour de la visite.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un audit réalisé en 2011, sur le circuit du médicament, a donné lieu à la mise en place d'actions correctives. La redéfinition du processus de signalement des événements indésirables confère au COMEDIMS le traitement des erreurs médicamenteuses pour actions correctives, en lien avec les cellules d'analyses des risques. Les actions d'amélioration sont mises en oeuvre, suivies et coordonnées par les pharmaciens.</p>

Oui	La rétro-information des professionnels est assurée. Depuis 2012, l'établissement organise un audit du circuit du médicament à partir de l'outil ARCHIMED (analyse des risques liés au circuit hospitalier inhérent aux médicaments).
-----	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Santé mentale
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a formalisé les règles de prescription y compris pour les médicaments à risques (insuline, anti-vitamines K, antiparkinsoniens, stupéfiants, anticancéreux).
 Des supports de prescription validés, actualisés sont en place.
 Il existe un support unique de prescription et d'administration. La prise en charge médicamenteuse est informatisée de la prescription à la validation de l'administration du traitement.

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

Oui

L'établissement est organisé pour informer le patient de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission.
 Il existe une procédure "Gestion du traitement personnel" intégrée dans le guide du circuit du médicament.
 A l'admission, le patient est évalué, et le cas échéant, un contact est pris avec le médecin traitant. Le traitement est adapté selon l'état clinique du patient.
 Lors des transferts, le patient part avec l'ordonnance en cours, une fiche de liaison infirmière et un courrier.
 A la sortie, le patient sort avec une ordonnance prenant en

	Oui	compte son état clinique, et reprend, le cas échéant, le traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Oui	<p>L'établissement a formalisé l'organisation de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'analyse pharmaceutique systématique du traitement complet de tous les patients ; - la délivrance nominative des médicaments sur les unités adultes ; ; - la dotation pour besoins urgents : dotation en psychotropes dans le chariot de médicaments des unités de soins, et dotation en médicaments somatiques dans un chariot dans le sas de la pharmacie ; - du conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant, comportant leur identification jusqu'au moment de l'administration : l'établissement commande au maximum des conditionnements unitaires et pratique un sur-étiquetage des médicaments n'étant pas sous conditionnement unitaire ; - l'acheminement vers les unités de soins, le système assurance qualité de la pharmacie prévoit une dispensation par un préparateur, et une vérification par un deuxième, les médicaments sont acheminés dans des containers spécifiques fermés par clips, chariots fermés à clef, sacs réfrigérés pour les médicaments thermosensibles par les chauffeurs de l'institution. A la livraison, un infirmier de l'unité de soins signe un accusé de réception au moment de la livraison après vérification de la concordance avec la commande ; - l'information et les conseils aux utilisateurs (fiches réseau PIC [pharmacien, information, communication] intégrées dans le logiciel dossier patient) ; - la réponse aux demandes urgentes de médicaments : une astreinte pharmaceutique est assurée par trois pharmaciens et deux internes en pharmacie ; - l'optimisation des stocks à la PUI.

Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments. Elles sont intégrées dans le "guide du circuit du médicament". La traçabilité de la validation de l'administration est assurée dans le dossier électronique du patient. Il existe des protocoles d'administration des médicaments à risques incluant une double vérification indépendante de la préparation des doses à administrer. Ces documents sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Le matériel d'administration des médicaments à risques est standardisé. Un personnel dédié est formé à la gestion et au rangement des médicaments, et en particulier des médicaments à risques : pharmaciens, préparateurs en pharmacie, infirmiers.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère "Rédaction des prescriptions médicamenteuses pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 100 % pour la campagne de recueil 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	Le déploiement de l'analyse pharmaceutique est effectif et porte sur la totalité des ordonnances. La délivrance nominative concerne 95 % des patients. Seule l'unité d'hospitalisation pour enfants est en dotation globale du fait d'un nombre restreint de prescriptions.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les situations nécessitant une information des patients sont identifiées : type de patients, type de médicaments (réflexion bénéfice-risque), information pendant l'hospitalisation et à la sortie. L'information est structurée. L'établissement dispose des

	Oui	<p>fiches du réseau PIC (pharmacien information communication). Ces fiches d'information sur les psychotropes sont à disposition des professionnels et des patients.</p> <p>Des ateliers du médicament sont réalisés dans "les pavillons" soit à titre informatif, soit à titre éducatif.</p> <p>L'atelier du médicament est un des trois programmes d'éducation thérapeutique agréé par l'ARS au CH G. Marchant sur un cycle de 6 à 8 semaines (médicaments et troubles bipolaires, médicaments et nutrition, atelier du médicament).</p> <p>Lors de l'administration des traitements en salle de soins, les infirmiers informent les patients qui le demandent.</p> <p>La traçabilité dans le dossier du patient en est assurée. Dans le dossier patient électronique, une cible identifie le suivi psychotrope.</p>
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Généralement, la traçabilité est assurée en temps réel par le personnel habilité, dans le dossier patient électronique, selon la procédure définie. Cependant, le jour de la visite, deux services ont validé en différé après avoir distribué les médicaments à l'ensemble des patients.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	<p>Un audit sur le circuit du médicament a été réalisé en 2011. Il portait sur l'administration des médicaments, des armoires à pharmacie, des chariots d'urgence.</p> <p>Depuis 2012, un audit est en cours avec l'outil ARCHIMED (analyse des risques liés au circuit hospitalier inhérents aux médicaments). Il n'est pas finalisé au jour de la visite.</p>
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	<p>Le bilan des actions de bon usage des médicaments mises en oeuvre est réalisé et diffusé aux professionnels concernés.</p> <p>En COMEDIMS, des sujets relatifs à la pertinence des prescriptions ont été étudiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les rapports bénéfices risques relatifs aux nouvelles molécules ; - la traçabilité systématique des prescriptions hors

Oui	autorisation de mise sur le marché (AMM) suite à la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité du médicament et des produits de santé. Des EPP ont été mises en place : <ul style="list-style-type: none">- une EPP sur la prescription des médicaments sédatifs ;- une EPP sur la prise en charge du syndrome métabolique lors de l'instauration d'un traitement psychotrope.
-----	---

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'USLD a formalisé les règles de prescription y compris pour les médicaments à risques (insuline, anti-vitamines K, antiparkinsoniens, stupéfiants, anticancéreux).
 Des supports de prescription validés, actualisés sont en place.
 Il existe un support unique de prescription et d'administration. La prise en charge médicamenteuse est informatisée de la prescription à la validation de l'administration du traitement.

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

Oui

L'USLD est organisée pour informer le patient de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission.
 Il existe une procédure "Gestion du traitement personnel" intégrée dans le guide du circuit du médicament.
 A l'admission, le patient est évalué, et le cas échéant, un contact est pris avec le médecin traitant. Le traitement est adapté selon l'état clinique du patient.
 Lors des transferts, le patient part avec l'ordonnance en cours, une fiche de liaison et un courrier.
 A la sortie, le patient sort avec une ordonnance prenant en

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Oui	<p>compte son état clinique, et reprend, le cas échéant, le traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.</p>
	Oui	<p>L'établissement a formalisé l'organisation de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'analyse pharmaceutique systématique du traitement complet du patient ; - la délivrance nominative des médicaments sur l'USLD ; - la dotation pour besoins urgents : dotation en psychotrope dans le chariot de médicaments de l'USLD, et dotation en médicaments somatiques dans un chariot dans le sas de la pharmacie ; - du conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant, comportant leur identification jusqu'au moment de l'administration : l'établissement commande au maximum des conditionnements unitaires et pratique un sur-étiquetage des médicaments n'étant pas sous conditionnement unitaire ; - l'acheminement vers l'USLD et le système assurance qualité de la pharmacie prévoit une dispensation par un préparateur, et une vérification par un deuxième, les médicaments sont acheminés dans des containers spécifiques fermés par clips, chariots fermés à clef, sacs réfrigérés pour les médicaments thermosensibles par les chauffeurs de l'institution. A la livraison, un infirmier de l'unité de soins signe un accusé de réception au moment de la livraison après vérification de la concordance avec la commande ; - l'information et les conseils aux utilisateurs (fiches réseau PIC intégrées dans le logiciel dossier patient) ; - la réponse aux demandes urgentes de médicaments : une astreinte pharmaceutique est assurée par trois pharmaciens et deux internes en pharmacie ; - l'optimisation des stocks à la PUI.

Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	L'USLD a formalisé les protocoles d'administration des médicaments. Elles sont intégrées dans le "Guide du circuit du médicament". La traçabilité de la validation de l'administration est assurée dans le dossier électronique du patient. Il existe de protocoles d'administration des médicaments à risques incluant une double vérification indépendante de la préparation des doses à administrer. Ces documents sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Le matériel d'administration des médicaments à risques est standardisé. Un personnel dédié est formé à la gestion et au rangement des médicaments, et en particulier des médicaments à risques : pharmaciens, préparateurs en pharmacie, infirmiers.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les prescriptions sont conformes à la réglementation. Les règles de prescription des injectables sont mises en oeuvre. Les protocoles de prescription des médicaments à risques sont mis en oeuvre.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	Le déploiement de l'analyse pharmaceutique est effectif et porte sur la totalité des ordonnances. La délivrance nominative est assurée sur l'USLD.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les situations nécessitant une information des patients sont identifiées : type de patients, type de médicaments (réflexion bénéfice-risque), information pendant l'hospitalisation et à la sortie. L'information est structurée. L'établissement dispose des

	Oui	<p>fiches du réseau PIC (pharmacien information communication). Ces fiches d'information sur les psychotropes sont à disposition des professionnels et des patients.</p> <p>Les infirmiers informent les familles, les patients et les aidants selon les besoins et les demandes.</p> <p>Des ateliers du médicament sont réalisés soit à titre informatif, soit à titre éducatif.</p> <p>L'atelier du médicament est un des trois programmes d'éducation thérapeutique agréé par l'ARS au CH G. Marchant sur un cycle de 6 à 8 semaines (médicaments et troubles bipolaires, médicaments et nutrition, atelier du médicament).</p> <p>La traçabilité dans le dossier du patient en est assurée. Dans le dossier patient électronique, une cible identifie le suivi psychotrope.</p>
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité est assurée en temps réel par le personnel habilité selon la procédure définie, dans le dossier patient électronique.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	<p>Un audit sur le circuit du médicament a été réalisé en 2011. Il portait sur l'administration des médicaments, des armoires à pharmacie, des chariots d'urgence.</p> <p>Depuis 2012, un audit est en cours avec l'outil ARCHIMED (analyse des risques liés au circuit hospitalier inhérents aux médicaments). Il n'est pas finalisé au jour de la visite.</p>
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	<p>Le bilan des actions de bon usage des médicaments mises en oeuvre est réalisé et diffusé aux professionnels concernés.</p> <p>En COMEDIMS, des sujets relatifs à la pertinence des prescriptions ont été étudiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les rapports bénéfices risques relatifs aux nouvelles molécules ; - la traçabilité systématique des prescriptions hors

Oui	<p>autorisation de mise sur le marché suite à la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité du médicament et des produits de santé.</p> <p>Des EPP ont été mises en place :</p> <ul style="list-style-type: none">- une EPP sur la prescription des médicaments sédatifs ;- une EPP sur la prise en charge du syndrome métabolique lors de l'instauration d'un traitement psychotrope ;- une EPP sur la prescription des neuroleptiques chez la personne âgée.
-----	---

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.b - Santé mentale Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.

En grande partie

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.

Oui

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

Partiellement

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

Critère 21.a - Santé mentale

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.

Oui

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des outils et Conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.

Oui

Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.

Oui

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

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

Critère 21.a - Soins de longue durée

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.

Oui

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des outils et Conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.

Oui

Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.

Oui

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

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

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le laboratoire de biologie médicale développe une politique institutionnelle de management de la qualité, en tenant compte de l'évolution de la réglementation qui conduit à l'accréditation.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La démarche qualité est mise en oeuvre, avec des échéances déterminées, compatibles avec le respect de la réglementation.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité du laboratoire de biologie médicale.

En grande partie

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

Critère 22.a - Santé mentale

Demande d'examen et transmission des résultats

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à la disposition des professionnels.

En grande partie

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

Oui

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Partiellement	

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

Critère 22.a - Soins de longue durée

Demande d'examen et transmission des résultats

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

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à la disposition des professionnels.

Oui

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

Oui

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

Ce critère n'est pas applicable aux établissements ne disposant pas de service d'imagerie.

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

Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité en imagerie.

Oui

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

Critère 23.a - Santé mentale
Education thérapeutique du patient

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

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

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.

Partiellement

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.

Partiellement

Une coordination avec les professionnels extra-hospitaliers et les réseaux est organisée.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en oeuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en oeuvre de programme autorisé, il lui est demandé de

Oui

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

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Santé mentale
Sortie du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	En grande partie	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 51 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [39 % - 62 %] pour la campagne de recueil 2011. Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation. Une enquête de satisfaction auprès des correspondants extérieurs a été réalisée. L'analyse des résultats a permis de mettre en exergue les points à améliorer en termes de qualité de l'information transmise et de délai de transmission.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation. Une enquête de satisfaction auprès des correspondants extérieurs a été réalisée.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

Référence 24: La sortie du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	La pertinence des orientations est évoquée lors des réunions institutionnelles, mais cette évaluation ne s'appuie pas sur une revue de pertinence ou un audit structuré.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

Critère 25.a
Prise en charge des urgences et des soins non programmés



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

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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

NA

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

Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).

NA

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

La charte de fonctionnement, définie et validée par un Conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.

NA

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

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en oeuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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



Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

NA

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

Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.

NA

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

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.

NA

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

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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



Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

NA

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

Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.

NA

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

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.

NA

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

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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



Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

NA

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

Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.

NA

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

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.

NA

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

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé ayant une prise en charge MCO, hors établissements d'HAD.

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, et sont formés, notamment en matière d'information des familles.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Les activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
--	----	---

Référence 27: Les activités de soins de suite et de réadaptation**Critère 27.a****Activités de soins de suite et de réadaptation****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

En grande partie

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

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

Oui

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

Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.

En grande partie

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.

Oui

Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.

NA

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

Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.

Oui

L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Partiellement	La coordination et le suivi des actions d'amélioration sont structurés par une personne référente désignée. Un plan d'actions et un tableau de suivi sont élaborés. Toutefois, il n'existe pas un dispositif structuré permettant de mesurer l'impact des actions mises en oeuvre, et en cohérence avec les objectifs fixés.
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	En grande partie	

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.b Pertinence des soins

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.

En grande partie

Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.c
Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.

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.	Partiellement	AJU - L'établissement révisé la liste des indicateurs avec 2 pôles. Toutefois, il n'y a pas de périodicité définie pour cette évaluation. Le tableau présenté aux experts-visiteurs lors de la visite en atteste.
---	---------------	---

SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 08/04/2013 au 12/04/2013	Certification avec recommandations	rapport de suivi et/ou plan d'action	12
Rapport de suivi	OCTOBRE 2014	Certification sans recommandation	/	/

	Visite initiale	Rapport de suivi
1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Décision levée
14.a (Gestion du dossier du patient) - Santé mentale	Recommandation	Décision levée
14.b (Accès du patient à son dossier) - Soins de longue durée	Recommandation	Décision levée
8.a (Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins)	Recommandation	Décision levée
8.f (Gestion des évènements indésirables)	Recommandation	Décision levée
8.g (Maîtrise du risque infectieux)	Recommandation	Décision levée