



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010
CDGI - LES GRANDS CHÊNES - USLD

Lieu dit Gireugne
BP 317
36250 ST MAUR

FÉVRIER 2013

MISE À JOUR - AOÛT 2013

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. Les décisions par critères du manuel	10
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	11
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	12
4. Critères investigués lors de la visite de certification	13
5.Suvi de la décision	14
3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	15
4.SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	22
5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	32
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	33
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE	34
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	58
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	99
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	124
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	125
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	148
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	155
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	202
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	216
6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	223
7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE	225
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	226
PREAMBULE	
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	
2. Les niveaux de certification	

PREAMBULE

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

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

Les décisions, les rapports et/ou additifs de certification sont tous rendus publics sur le site internet de la Haute Autorité de Santé, <http://www.has-sante.fr>. Il revient aux établissements de santé d'en assurer la plus large publicité en interne et en externe, (notamment par le biais de leur site internet).

L'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé dispose que le livret d'accueil doit indiquer les conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées d'une information sur les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins, dont le rapport de certification.

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CDGI - LES GRANDS CHENES - USLD

Adresse : Lieu dit gireugne Bp 317
36250 ST MAUR INDRE

Statut : Public

Type d'établissement : Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Soins de longue durée	81	0	0

Nombre de sites.:	Deux sites USLD : Résidence la Chêneraie et Résidence UHR Les Orchidées.
Activités principales.:	Soins de longue durée (gériatrie)
Activités de soins soumises à autorisation.:	Soins de longue durée
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Centre hospitalier de Châteauroux ; Centre hospitalier de la Châtre ; Centre hospitalier de Valençay.
Regroupement/Fusion.:	
Arrêt et fermeture d'activité.:	
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Création de l'uhr en 2011 (17 lits d'usld)

2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

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

1. Les décisions par critères du manuel

RECOMMANDATION(S)

1.b (Engagement dans le développement durable) .

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée null

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

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

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

MANAGEMENT DES RESSOURCES

7.a, 7.b, 7.d

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.b Soins de longue durée, 10.c Soins de longue durée, 11.b Soins de longue durée, 11.c Soins de longue durée, 12.a Soins de longue durée, 13.a Soins de longue durée

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

14.a Soins de longue durée, 14.b Soins de longue durée, 15.a Soins de longue durée

PARCOURS DU PATIENT

16.a Soins de longue durée, 18.b Soins de longue durée, 19.b Soins de longue durée, 19.c Soins de longue durée, 20.a Soins de longue durée, 20.a bis Soins de longue durée, 23.a Soins de longue durée, 24.a Soins de longue durée

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité et à améliorer son organisation et ses pratiques. Il a du remettre dans un délai de 6 mois un (des) plan(s) d'action avec échéancier pour les recommandations émises ou non levées suite à sa première modalité de suivi (visite de suivi).

3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

- Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (1.f)
- Gestion des fonctions logistiques au domicile (6.g)
- Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins (8.a)
- Gestion des évènements indésirables (8.f)
- Maîtrise du risque infectieux (8.g)
- Système de gestion des plaintes et des réclamations (9.a)
- Prise en charge de la douleur (12.a)
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13.a)
- Gestion du dossier du patient (14.a)
- Accès du patient à son dossier (14.b)
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15.a)
- Prise en charge somatique des patients (17.b)
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge médicamenteuse du patient (20.a bis)
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25.a)
- Organisation du bloc opératoire (26.a)
- Organisation des autres secteurs

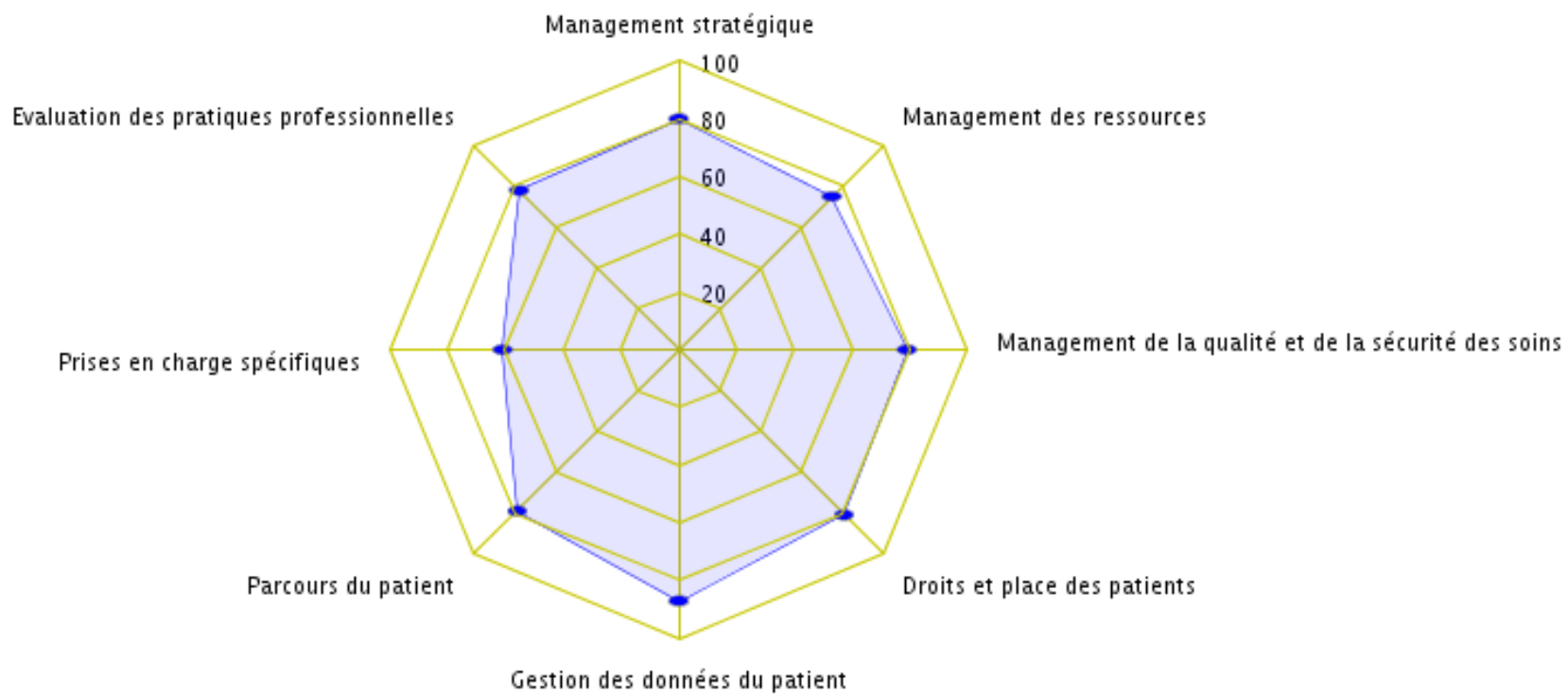
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

[Critères sélectionnés par les représentants des usagers](#)

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

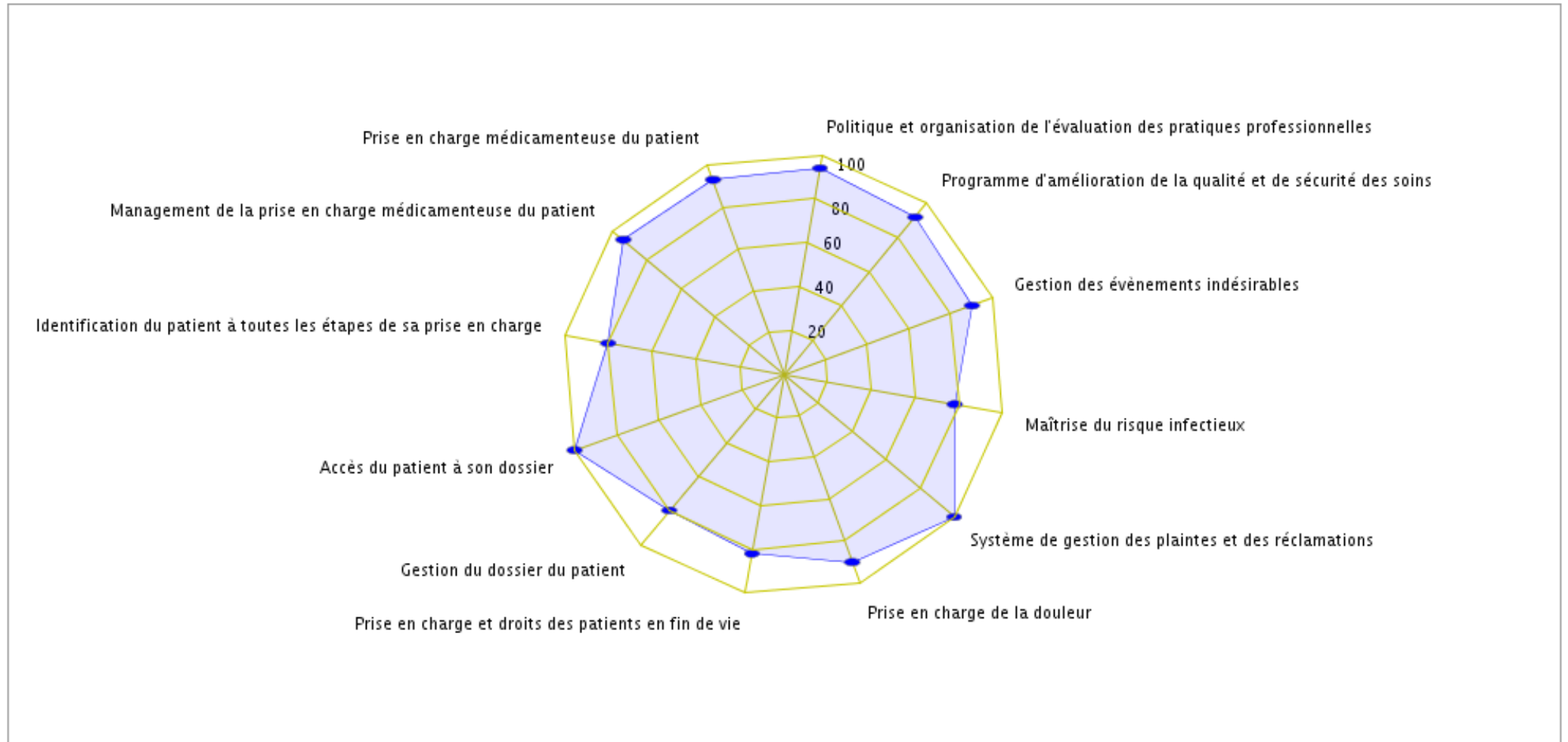
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

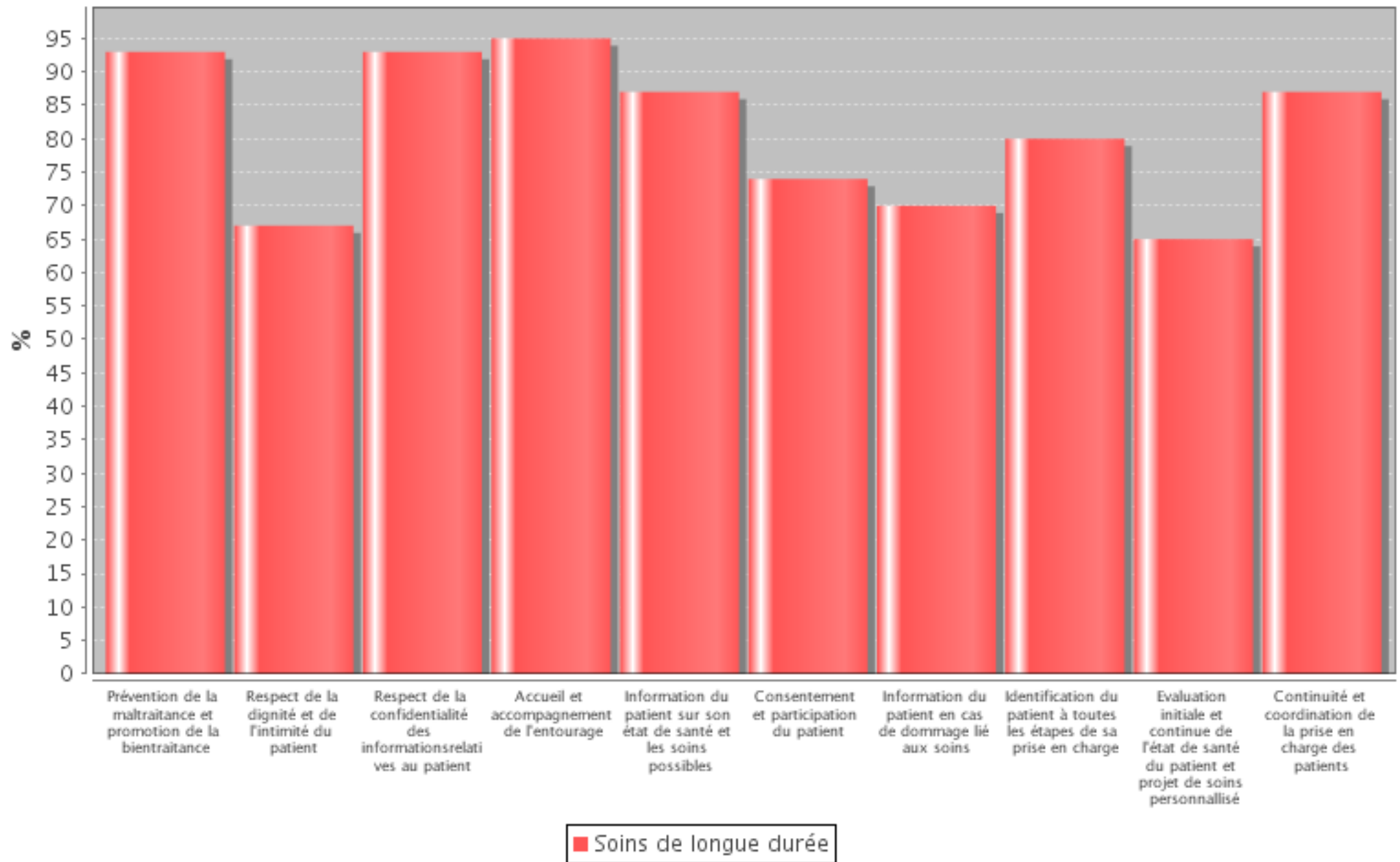


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



3. Regard patient



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

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
1c (La direction, les instances délibératives et consultatives et les responsables des secteurs d'activité définissent et mettent en oeuvre les orientations stratégiques.).	Type 1	Oui	La CME est impliquée dans les orientations stratégiques de l'établissement. Le projet d'établissement aborde l'ensemble des volets, notamment le projet médical. Le projet d'établissement est décliné dans les projets de services.
3b (Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.).	Type 1	Oui	La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Carrières est en cours dans l'établissement. Elle est liée au calendrier prévu par l'ANFH (2012)
4b (Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.).	Type 1	Oui	Depuis 2011, le dossier patient est informatisé. Il existe une programmation d'audit sur le dossier médical. Une évaluation a été réalisée en janvier 2012 dans le cadre d'une EPP. Un document de liaison permet la mise à disposition des informations nécessaires en cas d'urgences.
6b (L'établissement définit et met en oeuvre une politique d'évaluation des pratiques professionnelles en cohérence avec la politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.).	Type 1	Oui	La CME a validé le programme d'EPP. Leur avancement est suivi régulièrement en CME.
10b (Le programme d'amélioration continue de la qualité est formalisé, comporte des objectifs précis et inclut les résultats issus des différentes formes d'évaluation.) ; 10c (La formation des professionnels à la qualité est assurée.) ; 10d (Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs	Type 1	Oui	La politique qualité est formalisée. Un manuel qualité a été validé lors du dernier trimestre 2011. Le programme d'amélioration continue de la qualité a été révisé fin d'année 2011 afin de regrouper divers plans d'actions existants en un document unique. La responsable qualité est formée (diplôme universitaire obtenu en juin 2011). Une formation sur la qualité a été effectuée à l'ensemble du personnel par un organisme extérieur.

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
d'activité est organisé.).			La formation du personnel est assurée par un organisme extérieur. L'examen des procédures et protocoles arrivant à échéance est prévu une fois par an, lors d'un COPIL qualité, gestion des risques et des vigilances.
11b (La gestion des risques est organisée et coordonnée.).	Type 1	En cours	La cartographie des risques est en cours de cotation. Le programme global de gestion des risques est intégré dans le programme qualité. Un coordonnateur des risques liés aux soins est désigné par le directeur en concertation avec le président de la CME.
13a (Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.) ; 13b (Des dispositions sont mises en oeuvre pour assurer la prévention et la maîtrise du risque infectieux.).	Type 1	Oui	La surveillance du risque infectieux est inscrite au programme d'actions du CLIN pour 2010/2011. De nombreux protocoles anciens ont été revus et validés par le CLIN. Une évaluation pédagogique sur l'utilisation des Solutions Hydro-Alcooliques est organisée notamment au cours de la journée "hygiène" de l'établissement. Des formations sur le risque infectieux sont inscrites au plan de formation. Une formation a été faite auprès des médecins en juillet 2011 et en décembre 2011 pour les référents hygiène sur les infections nosocomiales, les précautions standard, ...
19b SLD (Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur ses soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.) ; 19d SLD (Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable grave lors de sa prise en charge.).	Type 1	Oui	L'augmentation du temps médical (+1,2 en USLD) a permis une meilleure organisation. Dans le protocole isolement septique, il existe une note d'information précisant les modalités de l'isolement. De plus, le règlement de fonctionnement le précise. Des affiches précisent que les cadres de santé et médecins sont à la disposition des patients et de leurs familles pour toute information. Au sein de l'établissement, un Évènement Indésirable Grave reste exceptionnel. Si un protocole sur l'annonce d'un E.I.G. a été réalisé, son appropriation est à évaluer.

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
24a SLD (Le patient et, s'il y a lieu, son entourage, sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.) ; 24b SLD (Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.) ; 24c SLD (La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.) ; 24e SLD (En unité de soins de longue durée, un projet de vie est individualisé pour chaque résident en prenant en compte ses souhaits.).	Type 1	En cours	Le point de vue du patient est recherché en fonction des capacités des patients. Un rappel a été fait auprès des professionnels pour tracer le fait que le consentement ne peut être obtenu du fait de l'état de santé du patient. Le projet thérapeutique est écrit pour chaque patient. La traçabilité est meilleure, même s'il est encore difficile d'avoir des connaissances sur des dates ou des éléments faisant partie des antécédents médicaux. La traçabilité bénéfico-risque dans le dossier patient existe pour la contention. Cela est en cours d'amélioration pour les autres domaines. Le programme d'animation est élaboré. Il existe une fiche individuelle d'animation dans le dossier du patient.
25a SLD (L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.).	Type 1	Oui	La diététicienne trace dans tous les dossiers le suivi nutritionnel de chaque patient.
26a SLD (La prise en charge de la douleur est assurée.) ; 26b SLD (Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.).	Type 1	En cours	Un CLUD a été mis en place le 25 mai 2010, il a pour mission de définir la politique, les orientations stratégiques, de fixer les objectifs et de décliner les moyens en lien avec la prise en charge de la douleur. Le programme qualité et sécurité des soins 2011-2013 mentionne un volet sur la prise en charge de la douleur. Un médecin référent douleur est reconnu au niveau de l'établissement, comme interlocuteur, en cas de besoin. Durant le dernier trimestre 2011, le référent douleur a réalisé 2 sessions de formation (auprès de l'ensemble des équipes de jour et de nuit) pour une optimisation de

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>l'utilisation des grilles de prise en charge de la douleur (grille DOLOPLUS). Il existe des formations où la douleur est abordée (par exemple lors des formations sur les soins palliatifs) et la CME a validé la demande de formation spécifique sur la douleur pour 2012. La commission de formation a émis un avis favorable en septembre 2011. Un cadre de santé, un pharmacien et une aide-soignante (EHPAD) ont un DU Douleur. Le plan de formation prévoit des sessions sur la douleur. Par exemple sur 2010 et 2011, 14 personnes ont été formées.</p> <p>Le CLUD envisage de s'inscrire dans une démarche de partage d'expérience avec les CLUD extérieurs (congrès régional en octobre 2012).</p> <p>Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils lors des réunions de service. Le cadre de santé accompagne les nouvelles procédures, supervise leur application. Les nouveaux professionnels sont accompagnés. Il existe des protocoles de prise en charge de la douleur, des conduites à tenir. Ces protocoles ont été rédigés et diffusés en 2011. Les protocoles sont rédigés en collaboration avec les équipes médicales, paramédicales et sont consultables par l'ensemble des professionnels.</p> <p>La traçabilité de la douleur est effectuée dans le dossier informatique (EVA, EN ou DOLOPLUS le plus souvent). Une évaluation est systématiquement réalisée quotidiennement pendant les trois jours qui suivent l'admission du patient, puis dès lors qu'il y a suspicion de douleur. Le score est alors comparé à celui réalisé lors de l'évaluation précédente. Cette évaluation n'est pas formalisée. Un programme d'action a été défini et est suivi par le CLUD. Les médecins réajustent le traitement suivant les</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>évaluations faites par le personnel soignant (IDE, AS). Les réévaluations en cours de séjour sont notifiées sur le dossier informatique. L'équipe d'appui départementale en soins palliatifs (E.A.D.S.P.) est sollicitée pour une aide à la prise en soins si besoin.</p> <p>L'établissement participe au CODESPA 36 (comité départemental de soins palliatifs), structure de réflexion et de partage d'expériences sur les soins palliatifs, et conséquemment la douleur. L'établissement y est présent au Conseil d'Administration ainsi que dans les commissions "LISP" et "géronologique". L'E.A.D.S.P. intervient dans l'établissement depuis 2006. Elle a une mission de conseil et participe à un réseau régional de soins palliatifs (depuis 2011) pluridisciplinaires de soins palliatifs. L'établissement participe à un réseau régional de soins palliatifs depuis plus de 10 ans. Il participe aussi au réseau OMEDIT. Des échanges de protocoles sont effectués avec l'E.A.D.S.P. Les échelles DOLOPLUS sont mises en place dans tous les services. Un guide d'utilisation de l'échelle DOLOPLUS est diffusé en 2011 (site intranet). Les professionnels de soins sont formés à ces outils.</p> <p>Il est à noter que compte tenu de leur état cognitif (âge moyen est de 80 ans, forte dépendance psychique et/ou physique), très peu de patients peuvent en pratique bénéficier d'une éducation. L'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR), unité accueillant des patients déments, ne peut mener cette démarche.</p> <p>Les cas où cela est possible ont été identifiés et les méthodes adaptées aux capacités des patients et de leur entourage. L'éducation du patient à la la prise en charge de sa douleur est faite oralement selon les cas. La prise en</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>charge de la douleur est évoquée dans le règlement de fonctionnement.</p> <p>Les professionnels soignants encouragent les patients, l'entourage, dès l'admission, à verbaliser le ressenti quant à la douleur.</p> <p>Il existe une EPP sur la douleur « Utilisation de l'échelle Doloplus dans la prise en charge de la douleur chez le patient non communicant ». Des audits ont été réalisés sur l'utilisation de la DOLOPLUS en 2010 et 2011 ainsi que dans le cadre de l'audit du dossier patient informatisé réalisé en 2012.</p>
38b SLD (La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie et de son entourage est assurée.) ; 38c SLD (Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.).	Type 1	En cours	<p>L'établissement dispose de 3 Lits Identifiés en Soins Palliatifs à la Chêneraie depuis 11 janvier 2011 (courrier de l'ARS). Des réunions mensuelles pluridisciplinaires, avec participation de l'équipe d'appui départementale de soins palliatifs sont organisées depuis 2011. L'établissement a une convention avec le réseau régional Soins Palliatifs région centre, l'établissement adhère au CODESPA 36 et dispose d'une convention avec l'EADSP, une convention avec l'association ALAVI.</p> <p>Un programme de formation des soignants est organisé, depuis de longues dates : 1 à 2 groupe(s) par an, de 3 jours, avec une participation moyenne de 12 personnes par session (IDE / AS / ASH / cadres). Dans l'établissement, 1 IDE et 1 médecin, 1 AS ont suivi un DU soins palliatifs et actuellement, 1 autre IDE suit le DU, sur la période 2011/2012. L'établissement organise le recueil des directives anticipées en cours de séjour, si celles-ci sont exprimées par le patient et/ou l'entourage. Le recueil des directives anticipées n'est pas systématique. Les audits du dossier patient planifiés en 2012 ont visé à sensibiliser les professionnels. Le livret d'accueil, le</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>contrat de séjour présentent les modalités sur les directives anticipées et la liste des représentants des associations d'accompagnement.</p> <p>Un projet personnalisé de soins est en place pour chacun des patients concernés (avec des objectifs en matière de soulagement de la douleur, apaisement des souffrances psychiques, meilleure qualité de vie possible, respect du droit des patients à refuser tout traitement au regard des directives anticipées, réponse aux besoins spirituels exprimés par le patient). Le projet est réévalué régulièrement en fonction de l'évolution de la maladie. Une réunion mensuelle, ou plus souvent si nécessaire, pluri-professionnelle, est organisée et dont la synthèse permet la mise à jour du projet de soins.</p> <p>L'EADSP y participe pour les soins palliatifs.</p> <p>Trois psychologues (0,7 ETP) assurent le soutien du patient et de ses proches lors de la fin de vie et après le décès.</p> <p>Les 4 psychologues de l'établissement peuvent être sollicités pour un groupe de paroles à la demande de l'équipe soignante.</p> <p>L'accompagnement spirituel est possible et organisé.</p> <p>L'association ALAVI intervient dans les services concernés (sur demande du service, du patient ou de la famille). Dans les très rares cas de demande de retour à domicile pour les patients en fin de vie, le cadre de santé organise le retour à domicile.</p> <p>Une information sur la désignation de la personne de confiance a été réalisée dans l'ensemble des services concernés.</p> <p>Les professionnels ont été formés par un cadre de santé aux dispositifs de la loi Léonetti, en 2011. Une grande</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>majorité des personnels du service était présente. Les informations ont été diffusées dans les services. Il existe un document synthétique sur la loi de 2005 sur le réseau intranet, Intrachenes, et mis à disposition des équipes en version papier. L'EPP soins palliatifs prévoit d'évaluer la connaissance des points essentiels de la loi Léonetti chez les soignants concernés. Les associations ALAVI, VMEH interviennent dans les services concernés. Une convention avec chacune d'entre elles est en place. Une charte des bénévoles a été élaborée et est signée du bénévole. Des rencontres entre présidents d'association et cadres sont organisés.</p> <p>Une réunion mensuelle pluri-professionnelle est organisée dont la synthèse permet la mise à jour du projet de soins.</p> <p>La discussion au niveau de l'équipe s'effectue lors des staffs et/ou des temps de transmissions avec l'ensemble des professionnels (médecins, psychologue, cadre de santé, IDE, AS, ASH, diététicienne, animatrice, kinésithérapeute). Les transmissions sont écrites dans le dossier.</p> <p>Un audit clinique a été réalisé début 2012 sur les modalités de prise en charge en fin de vie.</p> <p>Le plan d'actions, issu de l'autoévaluation et de l'audit clinique, sera présenté en CME, en CRUQPC, en 2012.</p> <p>Lors de situation de fin de vie interpellant les soignants, l'équipe d'appui est sollicitée. La réflexion éthique est organisée au sein du service. Au niveau de l'établissement, un comité de bientraitance et de réflexion éthique a été mis en place en septembre 2011.</p> <p>Des actions d'amélioration d'ordre architectural et équipement ont été réalisées: mise à disposition du studio de famille, chambre individuelle dans la mesure du</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			possible, couchage d'appoint pour les accompagnants... Un plan d'actions est en cours. Il existe un référent éthique par service. Selon les conventions, l'EADSP peut intervenir. Il reste à formaliser un protocole sur l'intervention des psychologues en précisant que leurs interventions ne peuvent se faire que dans un service où ils n'interviennent pas pour les patients.
39a SLD (Le décès du patient fait l'objet d'une prise en charge adaptée.).	Type 1	Oui	L'annonce d'aggravation est faite en priorité par le médecin puis par le cadre de santé ou l'infirmier(e). L'annonce du décès est faite prioritairement par le médecin, puis par l'infirmier(e).
44d (L'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.) ; 44e (Les objectifs déterminés dans les orientations stratégiques font l'objet d'un suivi, d'une évaluation et d'une communication interne.).	Type 1	Oui	Il existe un suivi, donc une évaluation du plan d'action qualité/GDR et des réunions de direction. Le programme de prévention des risques est évalué, réajusté par l'actualisation du document unique. Il existe un suivi du projet d'établissement. La communication interne se fait par la lettre INFOGrandsChênes. Une lettre d'information spécifique à la qualité est en place depuis janvier 2012.

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement met en place des partenariats, en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels.	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	C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.	En grande partie	L'établissement a réalisé un état des lieux s'appuyant sur des éléments d'évaluation émanant de l'ADEME par un organisme extérieur. Il se propose de faire réaliser un diagnostic, en particulier énergétique, par un prestataire extérieur le second semestre de l'année 2012.
Un volet « Développement durable » est intégré dans les orientations stratégiques.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La stratégie liée au développement durable est déclinée dans un programme pluriannuel.	Partiellement	La politique de développement durable 2010-2014 est actée dans un document publié en avril 2012 qui identifie 8 axes prioritaires. Ces derniers ne sont pas déclinés en programme pluriannuel hiérarchisé et planifié. Des actions, en lien avec le développement durable, sont identifiées et certaines mises en œuvre comme la construction d'une chaufferie biomasse.

Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	Partiellement	Quelques actions de communication à l'intention des personnels ont été menées et diffusées par le canal de l'intranet. Elles touchent essentiellement aux bonnes pratiques de tri des déchets et notamment des DASRI.
L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Partiellement	L'établissement a eu l'occasion de faire connaître, sur le plan local, la construction d'une chaufferie biomasse. Certains cahiers des charges, et notamment pour des appels d'offres concernant les fruits et légumes, prennent en compte des considérations dans ce domaine comme la prise en compte de la production locale.
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	En grande partie	Les récents travaux prennent en compte les économies d'énergie et notamment sur les huisseries extérieures. Le réseau de chauffage est en cours de modernisation suite à la construction de la nouvelle chaufferie.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Partiellement	En raison du caractère récent de la définition de sa politique dans ce domaine, il n'y a pas de suivi et réajustement dans ce domaine. La mise en œuvre de la nouvelle chaufferie fait l'objet d'un suivi de ses performances.

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.

Partiellement

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Partiellement

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

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.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

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.	En grande partie	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans le projet d'établissement 2010-2014. Le programme pluriannuel 2010-2014 qualité et sécurité des soins définit des plans d'actions visant d'une part à formaliser le développement des EPP, d'autre part à programmer les EPP sur des thématiques jugées prioritaires comme la prise en charge de la dénutrition ou la qualité de la tenue du dossier.

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

Oui

La concertation entre professionnels est organisée au sein des instances de la qualité mais aussi de la CME et ses sous-commissions (COMEDIMS, CLIN, etc.). Le comité de pilotage de la qualité-gestion des risques-vigilances associe la direction, la directrice des soins ainsi que la CME. Il valide et évalue le programme d'actions qualité annuellement. Celui-ci intègre les EPP.

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

Ces missions sont inscrites dans les fiches de fonction du coordonnateur des risques associés aux soins ainsi que de la responsable qualité. Le relais auprès des équipes est assuré dans ce domaine essentiellement par les deux cadres de soins des unités concernées de l'établissement, mais

	Oui	aussi par les pilotes de chaque EPP.
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 des professionnels dans leurs démarches d'EPP est assuré essentiellement par les ressources locales. Cet accompagnement figure dans les missions du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et de la responsable qualité. Une formation à été dispensée par un organisme externe afin d'aider les professionnels sur le plan méthodologique pour la réalisation des EPP.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	Le coordonnateur des risques liés aux soins et la responsable qualité, en lien avec chaque pilote de projet, suivent l'état d'avancement des démarches d'EPP. Un point sur l'avancement de ces démarches est fait régulièrement en CME et en CSIRMT. Le comité de pilotage qualité-sécurité des soins-vigilances est l'instance chargée de suivre cet état d'avancement et de proposer les modalités de suivi. Il se réunit quatre fois par an.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	En grande partie	L'information dans ce domaine est inscrite dans le projet d'établissement. Le bulletin interne fait le point sur l'état d'avancement des EPP. Les professionnels, ne participant pas aux instances, sont informés par l'encadrement de l'évolution et des mesures correctives des seules démarches les concernant.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'état d'avancement ou les mesures correctives issues des EPP font régulièrement l'objet de communication dans les diverses instances concernées.

La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	Un calendrier de mise en œuvre, ainsi que le développement ultérieurement envisagé, est défini pour chaque EPP en tenant compte des résultats des évaluations réalisées. Ces révisions peuvent porter sur des modifications d'actions (modification de pratiques, par exemple, en matière de suivi des antibiothérapie) ou moyens mis en œuvre (acquisition de matériel de pesée).
--	-----	--

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
Critère 1.g Développement d'une culture qualité et sécurité		
Cotation	B	
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.	En grande partie	
Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forums, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).	En grande partie	
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	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activité sont définis.	Oui	
Les circuits de décision et de délégation sont définis.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

En grande partie

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

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.

Oui

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.	Oui	
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.

En grande partie

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.	Oui	
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.	En grande partie	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.

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.

Partiellement

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.

En grande partie

Le document unique est établi.

Oui

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

En grande partie

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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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.

Partiellement

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.

En grande partie

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.

Partiellement

Référence 5: Le système d'information		
Critère 5.a Système d'information		
Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un schéma directeur du système d'information est défini, en cohérence avec les orientations stratégiques, et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.	En grande partie	
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.	En grande partie	
--	------------------	--

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.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

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.

Partiellement

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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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).

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.

Oui

L'établissement dispose d'un programme de maintenance.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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

Oui

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le circuit du linge est défini.

En grande partie

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.

En grande partie

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.	En grande partie	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La fonction transport des patients est organisée, 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.

En grande partie

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

En grande partie

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.	Non	
---	-----	--

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.

En grande partie

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

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement amorce une démarche d'achat écoresponsable pour certains produits ou services.

En grande partie

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.

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

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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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.

Partiellement

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.	En grande partie	
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.	Partiellement	

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

Critère 7.b Gestion de l'air

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Partiellement

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

En grande partie

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.

En grande partie

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.	En grande partie	

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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Partiellement

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.

En grande partie

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

Partiellement

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

B

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.

NA

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.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

Des actions de sensibilisation 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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	En grande partie	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	En grande partie	
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

Un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 2010-2014 est formalisé et validé en directoire le 23-04-2012. Il reprend et traduit les objectifs du projet d'établissement en plans d'actions. Il fait l'objet d'un suivi et d'une actualisation au moins annuelle dans le cadre des travaux du comité de pilotage qualité-sécurité des soins-vigilances.

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

En grande partie

Le programme pluriannuel prend en compte les objectifs du projet d'établissement ainsi que les précédentes décisions de certification. Une cartographie des risques est en cours d'élaboration et permettra de mieux identifier les axes d'amélioration dans ce domaine. Les risques majeurs identifiés dans ce secteur de prise en charge sont identifiés et prise en compte : infections associées aux soins, vigilances sanitaires, circuit du médicament, conformité de la tenue du dossier de soins, en particulier font l'objet de programmes d'actions.

Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	NA	
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été soumis aux instances concernées et particulièrement au comité de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins et des vigilances, de la CME et de la CSIRMT avant d'être validé en directoire en avril 2012.
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	Le programme pluriannuel est décliné dans les deux secteurs d'activités de SLD de l'établissement dans le cadre d'un « Projet de service ». La plupart des actions définies dans les programmes qualité et gestion des risques institutionnels concernent de fait directement ces secteurs (douleur, nutrition, circuit du médicament, bienveillance, etc.).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Le comité de pilotage de la qualité et sécurité des soins-vigilances suit les plans d'actions lors de chaque réunion. Ceux-ci sont éventuellement adaptés au regard des évaluations réalisées. Un tableau de suivi est réalisé et régulièrement mis à jour par les responsables de la démarche qualité de l'établissement.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	En grande partie	Une évaluation de l'état d'avancement des actions définies dans les programmes est réalisée par le comité de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. L'établissement n'est pas soumis au suivi des indicateurs nationaux, en particulier sur la tenue du dossier du patient, et a défini des indicateurs internes. Il éprouve, dans certains domaines, des difficultés à identifier des indicateurs adaptés à son secteur d'activités lui permettant d'évaluer l'efficacité des mesures correctives mises en oeuvre.

Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Le comité de pilotage évalue selon un rythme au moins annuel le programme pluriannuel. Les évaluations réalisées ainsi que l'analyse des fiches d'événements indésirables concourent aux réajustement effectués.
--	-----	--

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.	Oui	
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.	Non	La fonction est récente (mai 2012) et n'a pu être évaluée.

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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.

Partiellement

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.

En grande partie

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

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

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

Oui

Les plans d'urgence sont établis.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Une cellule de crise est opérationnelle.

En grande partie

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

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

Une procédure de signalement, d'analyse et de traitement des EI est en place, diffusée, connue et appliquée par l'ensemble des professionnels.
Les échelles de gravité et de fréquence y sont définies. Un support papier est accessible à tous et utilisé chaque fois que de besoin.
Les chutes et les vigilances font l'objet d'un signalement et d'un traitement spécifiques. Un bilan mensuel des EI est diffusé à tous les services. Ces EI sont traités de façon coordonnée par tous les acteurs impliqués (cellule qualité, CGDR, médecin coordonnateur et manager du risque médicamenteux).

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'ensemble des professionnels et les nouveaux embauchés sont formés à l'utilisation des différents supports. Les cadres de services les sensibilisent à la culture de signalement. Le programme de formation est défini et prévoit la formation de personnes ressources.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Les acteurs concernés par le processus de hiérarchisation et d'analyse des causes sont formés aux différents processus et utilisent des méthodes validées (formation au premier semestre 2011).
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	L'analyse des causes profondes est effective et systématique depuis septembre 2011. Elle est réalisée de façon participative (CGDR, cadres des services, etc.) et régulière (tous les 2 mois).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en oeuvre à la suite des analyses.	Oui	Un plan d'actions correctives est initié, suite aux analyses. Les actions sont hiérarchisées, coordonnées et suivies par les acteurs concernés. Les cadres des services relaient le CGDR pour la mise en oeuvre des actions.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Les EI récurrents sont analysés spécifiquement par les professionnels concernés (manager risque médicamenteux, CGDR, pharmacien, médecin coordonnateur, etc.). Ce dispositif est systématisé depuis janvier 2012. Des actions correctives sont initiées et suivies.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Non	L'efficacité du dispositif n'a pu être évaluée.

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	B	
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.	B	

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

B

Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales

Classe associée à la valeur du score ICATB

Constats

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

A

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

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

Partiellement

Une modification de l'outil informatique est effective ce jour du 21-06 : une alerte est notifiée systématiquement au prescripteur pour une réévaluation de l'antibiothérapie à 48 h/72 h. L'impact de cette modification sera évalué au cours du prochain audit programmé en novembre 2012.

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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.

En grande partie

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.	En grande partie	

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

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

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

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.

Non

Compte tenu de son secteur d'activité, l'établissement n'a pas d'équipements biomédicaux de haute technologie. Il ne dispose ni d'inventaire, ni de plan de gestion lui permettant d'élaborer un plan pluriannuel de remplacement. Un état des lieux sur le parc en lits est en cours pour définir ultérieurement le recensement des besoins.

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

L'établissement ne dispose pas d'équipement biomédical critique. En cas de panne et en l'absence de matériel de rechange disponible sur l'établissement, il fait appel à des fournisseurs locaux (pousse-seringues par exemple).

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.

Partiellement

Les professionnels en charge des différents équipements dans l'établissement sont identifiés et connus. Il n'y a pas de système de gestion et de suivi des équipements biomédicaux organisé. Les installations d'oxygène mobiles sont identifiées et suivies.

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	Il n'y a pas d'évaluation de la gestion des équipements biomédicaux. Celle-ci est réalisée au coup par coup, suite au signalement des services utilisateurs.

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

La CRU est en place depuis 2008 et est constituée selon la réglementation. Elle se réunit quatre fois par an selon un ordre du jour préalable sous la présidence effective du directeur, sauf exception. La gestion des plaintes est organisée et fait l'objet d'une procédure écrite. La responsable de la qualité a en charge le recueil et le suivi de celles-ci. Un registre sous forme de tableur informatique permet d'enregistrer la réclamation et de suivre les suites données. Le livret d'accueil informe les usagers sur le dispositif mis en place. Un médiateur et le médiateur médical suppléant sont désignés ainsi qu'un médiateur et un médiateur adjoint non médecin.

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

Oui

Le coordonnateur des risques liés aux soins et la responsable qualité participent aux travaux de la CRU. Les réclamations ou événements concernant les patients d'USLD ayant fait l'objet d'une fiche d'événement indésirable sont discutées en CRU.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Les plaintes ou réclamations suivent un parcours identifié et défini par une procédure écrite : accusé de réception par le directeur et instruction avant réponse au plaignant. Le responsable qualité s'assure des modalités et du délai de réponse. Le secteur concerné est sollicité sur les éléments de réponse. Le médecin médiateur peut être sollicité. Le médiateur non médecin n'avait pas, au moment de la visite, été encore sollicité. Au besoin ou sur sa demande, le plaignant est reçu par le directeur ou la directrice des soins.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	Le plaignant reçoit un courrier de réponse signé du directeur. Au besoin, les actions d'amélioration sont définies et précisées dans la réponse.
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	Le dispositif d'enregistrement sur tableur permet de suivre le traitement de l'ensemble des plaintes et réclamations reçues. Le suivi (nombre, délais de réponse, etc.) est à l'ordre du jour de chaque réunion de CRU.

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

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.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.a - Soins de 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.

Oui

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

Oui

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

Oui

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 - 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.

Oui

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

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.

En grande partie

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

Oui

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

Oui

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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 - Soins de longue durée

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

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.).

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	En grande partie	
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Partiellement	
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.	Partiellement	
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.).	Partiellement	
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	En grande partie	

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

Critère 11.a - Soins de 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.	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.).	En grande partie	

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.	En grande partie	

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

**Critère 11.b - Soins de longue durée
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.	Partiellement	
---	---------------	--

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

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

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

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

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

La politique de prise en charge de la douleur est définie, avec des objectifs, des moyens (médecin référent, professionnels formés, CLUD, équipe départementale d'appui en soins palliatifs) et l'identification des prises en charge. Elle est en cohérence avec les axes du projet d'établissement. Elle a été élaborée avec le CLUD et validée par celui-ci. La stratégie est déployée dans les secteurs concernés (USLD et Unité d'hébergement rapproché). Le CLUD fonctionne en conformité avec son règlement intérieur et a défini un plan d'actions.

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

Des protocoles ont été élaborés selon les prises en charge identifiées. Ils ont été élaborés avec les acteurs concernés. Ils sont validés par le CLUD. Les protocoles sont réactualisés, sous l'impulsion du CLUD. Ils sont accessibles aux professionnels, connus et appliqués.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations sont réalisées au titre du plan de formation : - sessions pour les professionnels des secteurs d'activité (14 en 2010 et 14 en 2011) ; - sessions de formation pour le bon usage de la grille d'évaluation DOLOPLUS par le référent douleur avec un guide d'utilisation ; - formations diplômantes : 3 DU douleur (pharmacien, cadre de santé, aide-soignante) ; Ces actions de formation sont complétées par les formations « soins palliatifs ».
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Compte tenu de la population accueillie, l'éducation du patient à sa prise en charge de la douleur est effective au cas par cas en fonction des facultés cognitives du patient. Elle est initiée oralement par les professionnels. Les proches sont associés à cette éducation pour une verbalisation optimale. Les bénévoles sont encouragés par les équipes pour exprimer les ressentis des patients.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Le dossier informatisé du patient intègre l'évaluation et le traitement de la douleur. Les outils d'évaluation sont connus et validés. Une évaluation est systématiquement réalisée et tracée quotidiennement pendant les 3 jours qui suivent l'admission. Le score obtenu est comparé au précédent et la conduite tenue en fonction du résultat.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Le traitement est systématiquement ajusté en fonction des résultats des évaluations. Le prescripteur réajuste le traitement et toutes les modifications sont tracées dans le dossier. La douleur est réévaluée pour vérifier l'efficacité du traitement. L'équipe d'appui départementale en soins palliatifs est sollicitée si besoin.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Le CLUD de l'établissement a validé des outils pour les patients non communicants (DOLOPLUS). Le guide d'utilisation de cet outil est accessible sur l'intranet. Les professionnels des secteurs d'activité sont formés à ces outils.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	En grande partie	Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation des outils par les professionnels au cours des réunions de service, des commissions IDE, des EPP. Les protocoles nouveaux ou réajustés sont présentés en réunions. Les nouveaux embauchés sont initiés aux outils (CDROM, DOLOPLUS) et avec des cas concrets de prises en charge.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	En grande partie	Une EPP sur la prise en charge de la douleur chez le patient non communicant a été initiée en 2008. Un audit sur la tenue du dossier informatisé du patient a intégré l'item de la traçabilité de l'évaluation de la douleur. La traçabilité de la douleur à 48h sur 3 jours avec DOLOPLUS est à 79 %, selon l'audit réalisé en janvier 2012. Le dispositif de ces évaluations est structuré, piloté et évalué à périodicité régulière (COPIL, CME, CLUD).
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les évaluations réalisées induisent des actions prises en compte par le CLUD et mises en œuvre par le CGDR, avec l'appui des responsables de service. Le CLUD établit un bilan d'activité reflétant l'ensemble des actions conduites.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	En grande partie	L'établissement partage son expérience avec le CODESPA 36 (Comité départemental de soins palliatifs) et l'équipe de soins palliatifs du département. Il participe à un réseau régional de soins palliatifs. Il adhère au réseau OMEDIT.

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

La prise en charge de la fin de vie est un axe identifié du projet d'établissement. Trois lits de prise en charge spécifique sont identifiés depuis janvier 2011. Des conventions sont formalisées avec le comité départemental (CODESPA 36) et l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs (EADSP) ainsi que des associations de bénévoles (ALAVI). Une grille d'inclusion des patients est utilisée pour leur admission. Il n'y a pas d'outil finalisé d'analyse de fonctionnement (un audit est en cours de dépouillement). Des professionnels formés sont ressources pour cette prise en charge : 2 DU, 25 professionnels formés en 2011.

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

Partiellement

Des éléments sont en place (personnes ressources, support dossier patient) pour recueillir la volonté du patient et les directives anticipées dans les situations identifiées. Les modalités de recueil ne sont pas formalisées (acteurs, circonstances, traçabilité). L'établissement se propose de les définir après l'audit de tenue du dossier informatisé du patient programmé en novembre 2012.

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Les patients sont informés via le livret d'accueil. Une liste des représentants des associations est affichée dans le service. Les familles sont rencontrées systématiquement.
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	Un projet personnalisé de soins est élaboré et proposé pour chacun des patients concernés, avec l'appui de l'EADSP et des psychologues. Il est discuté avec la famille. Il est réévalué de façon pluridisciplinaire au moins une fois par mois et chaque fois que nécessaire. Les staffs de service et les transmissions permettent un réajustement au quotidien. Les familles peuvent solliciter les bénévoles. Le projet et ses réajustements sont tracés dans le dossier.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les professionnels ressources sont formés pour cette prise en charge : 2 DU (formations diplômantes), 25 professionnels formés à la démarche palliative en 2011. Les bénévoles sont formés sur une année avec évaluation à l'issue.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions mensuelles avec l'EADSP, des staffs en équipe, les transmissions quotidiennes permettent un réajustement permanent du projet de soins de façon collégiale et une qualité optimale de prise en charge. Les psychologues participent à ces réunions. Les réajustements sont tracés dans le dossier.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Une équipe de psychologues dédiée et l'EADSP soutient les soignants pour éviter leur épuisement et contenir les situations de crise. Des groupes de paroles sont initiés avec les psychologues en cas de besoin.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	En grande partie	Les professionnels concernés ont été informés quant à la désignation de la personne de confiance. Les dispositifs de la loi Leonetti ont été présentés à l'ensemble des professionnels. Un document synthétique est accessible sur l'intranet, et une plaquette est mise à disposition dans les

	En grande partie	services. Les modalités de recueil des dispositifs ne sont pas formalisées. L'EPP sur le dossier patient prévue en novembre 2012 intègre ces modalités.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Les bénévoles interviennent à la demande des patients, des familles, ou des soignants. Les associations sont liées à l'établissement par une convention. Les bénévoles signent une charte. Ils sont accueillis dans le service par le cadre qui leur présente le patient. Leur accompagnement est tracé dans un cahier avec les observations utiles pour la prise en charge.
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.).	Partiellement	Une évaluation des pratiques a été réalisée de novembre 2011 à avril 2012. Les résultats seront disponibles en septembre 2012. Cette évaluation est réalisée avec l'appui de l'EADSP et l'encouragement du comité d'éthique et de bientraitance ainsi que de toutes les instances impliquées (CME, CRUQ, CSI, COPIL).
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Partiellement	La réflexion est initiée et enrichie par les appuis externes (EADSP) et interne (comité bientraitance). Elle est systématique au cours des réunions mensuelles. Les modalités de la réflexion ne sont pas formellement structurées.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	Des actions sont définies et mises en œuvre : studio pour les familles, hébergement des proches avec lit d'accompagnant, transfert en chambre seule. Ces actions sont intégrées au PAQ, coordonnées et suivies par les instances concernées. Le plan d'actions en cours sera complété suite aux résultats de l'évaluation à venir (septembre 2012).

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Des règles de tenue du dossier ont été définies lors de la mise en place du dossier patient informatisé en 2011. Un comité de pilotage de l'informatisation du dossier patient se réunit avec le prestataire informatique, et permet de préciser les modalités d'application de ces règles. Les utilisateurs internes ont été formés à son utilisation, et un tutorat est organisé pour les nouveaux arrivants.

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 définissant les droits d'accès au dossier informatisé sont définies et connues des utilisateurs (consultation ou modification des données). Les modalités concernant l'accès des partenaires externes sont définies. Les urgentistes ou spécialistes éventuellement sollicités disposent des informations nécessaires à leur intervention soit sous forme papier, soit par consultation sur écran avec l'appui du personnel hospitalier présent et autorisé. Un dossier minimum permet l'accès aux informations nécessaires à la continuité des soins en cas d'impossibilité d'accès aux données informatisées.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Les modalités d'admission, programmée en SLD, prennent en compte la mise à disposition rapide des éléments d'information nécessaires à la prise en charge soit en cas de venue du domicile, soit après transfert interne (EHPAD de l'établissement) ou externe (centre hospitalier, domicile, etc.). Un audit interne de janvier 2012 met en évidence que la traçabilité du bilan initial est retrouvée à 65 % et, celle concernant l'évaluation gériatrique dans les 30 jours suivant l'admission, à 70 %.
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	Les règles de communication des informations du dossier entre professionnels du secteur d'activités sont définies, connues et appliquées. Le choix a été de partager l'ensemble des informations du dossier entre professionnels de soins de l'établissement. Les règles d'écriture sont définies. Leur respect permet d'assurer la traçabilité individuelle de l'intervention de chacun. L'accès et le partage des informations en cas de sollicitation de correspondants externes sont définis et permettent la continuité des soins.
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 n'est pas assujéti aux indicateurs IPAQSS qui concernent. Il a fait le choix de développer des items d'évaluation différents. L'établissement a procédé à plusieurs audits internes du contenu du dossier patient dont un dans le cadre d'une EPP en cours sur la tenue du dossier patient informatisé. Il n'y a pas de plan d'actions défini suite à ce dernier audit interne.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Partiellement	La présentation des résultats de l'audit sur le dossier informatisé a été faite, notamment en CME. Il n'y a pas de plan d'actions défini suite à ce dernier audit interne.

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

Une procédure écrite définit les modalités d'accès du dossier. Elle en précise le circuit de demande, de transmission, les conditions d'obtention ainsi que le rôle du médecin médiateur. Compte tenu de la nature de la prise en charge, les demandes entrant dans le champ réglementaire sont très peu fréquentes (deux en 2011).

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les modalités d'accès au dossier sont présentes dans le livret d'accueil remis à chaque patient ainsi que dans le contrat de séjour. Au besoin, ces informations sont relayées si nécessaire par l'encadrement soignant ou le personnel de l'accueil administratif.

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

Oui

Le bilan annuel de la CRU retrace les demandes et suit les délais de mise à disposition. Le médecin médiateur s'assure du respect des délais de transmission réglementaires.

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	Les délais réglementaires ont été respectés.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	L'ordre du jour des CRU comprend, de façon régulière, un point sur ce sujet. Le médecin médiateur fait part des demandes et des suites données tant sur le plan qualitatif que quantitatif.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Une procédure du 5 avril 2012 définit les modalités d'identification des patients à toutes les étapes de la prise en charge. Elle identifie les points critiques adaptés aux modalités d'accueil et de prise en charge de l'établissement. Elle rappelle les bonnes pratiques à employer dans ce domaine. Ce dispositif est relayé par l'encadrement dans les unités de soins. Les règles d'enregistrement dans l'outil informatique de gestion sont définies, et son transfert dans le dossier patient informatisé est automatique. Le personnel administratif, chargé de l'admission, dispose également des instructions dans ce domaine. Les règles de non divulgation de la présence sont également définies. Il n'y a pas de suivi formalisé des erreurs ou situations à risques dans ce domaine.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

En grande partie

La diffusion de la procédure a été accompagnée d'une information au personnel concerné (administratif et soignant). Ces informations n'ont pas été réalisées avec l'aide d'un programme et de supports de formation.

Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	La procédure identifie, actualise et rappelle les modalités de vérification de l'identité, notamment la production d'un document d'identité.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	La mise en service du dossier patient informatisé s'est accompagnée de la fourniture de tablettes informatiques fixées sur des supports mobiles. De ce fait, l'infirmier(e) réalise les actes de soins (prélèvements biologiques, administration, etc.) pour chaque patient en ayant le dossier ouvert et disponible à proximité. Tous les patients de l'USLD sont photographiés à leur admission dans l'unité, et ce cliché est intégré dans les 48 heures dans le dossier patient.
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	Les erreurs d'identités font l'objet d'une fiche d'événement indésirable. Il n'y a pas d'évaluation organisée dans ce domaine. Une cellule d'identitovigilance a été récemment instituée. Elle n'était pas, lors de la visite, opérationnelle.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 16: l'accueil du patient**Critère 16.a - Soins de longue durée
Dispositif d'accueil du patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

Oui

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

En grande partie

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

En grande partie

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

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

Critère 17.a - Soins de 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.

NA

L'établissement ne reçoit pas de détenus ou de patients hospitalisés sans consentement.

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

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

Critère 17.b Prise en charge somatique des patients



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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge somatique est formalisé.

NA

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

Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.

NA

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

Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.

NA

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et 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.	Partiellement	
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 - Soins de longue durée
Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	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.	En grande partie	
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.	En grande partie	
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.	Non	Il n'y a pas eu d'évaluation du dispositif mis en place.

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

NA

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.

NA

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.

NA

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

NA

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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.

Oui

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

NA

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.

NA

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.

NA

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

NA

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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.

En grande partie

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.	Non	

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

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.

En grande partie

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.	Non	

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

NA

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.

NA

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.

NA

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

NA

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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.

En grande partie

L'établissement n'est pas soumis aux indicateurs IPAQSS. Une EPP sur la tenue du dossier informatisé du patient en janvier 2012 montre que l'IMC (poids/taille) est tracé à hauteur de 78 %.

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Soins de longue durée 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.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Non	Il n'y a pas d'évaluation de cette prise en charge.
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

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

NA

Des procédures d'hospitalisation sans consentement sont mises en oeuvre.

NA

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La politique est définie et prend en compte les décisions de la HAS en l'absence de CBUM et d'inspection. La politique est validée par la CME et le COMEDIMS. La politique est intégrée dans le PAQSS. Un manager (médecin coordonnateur) est désigné depuis octobre 2011. Les erreurs médicamenteuses sont identifiées, répertoriées, analysées en comité spécifique depuis octobre 2011 (CREX).

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.

Oui

Le projet d'informatisation est déployé depuis janvier 2011 et intégré dans le système d'information hospitalier. Les prescripteurs se sont appropriés l'outil et les pharmaciens valident et analysent les prescriptions au quotidien.

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

Les outils d'aide à la prescription sont en ligne en temps réel. Ils sont validés, actualisés et accessibles à tous les utilisateurs autorisés. D'autres outils sont disponibles sur papier, validés par les pharmaciens, sur la base de recommandations des sociétés savantes : antibioguide, livret « gériatrique » et sont distribués systématiquement à tous les médecins.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	L'ensemble des professionnels a été sensibilisé aux erreurs médicamenteuses par le pharmacien et le manager de la sécurité du circuit du médicament (21 et 22 novembre 2011/semaine sécurité des patients). Le plan de formation 2012 prévoit des sessions de formation sur la prise en charge médicamenteuse. Les réunions CREX en place depuis octobre 2011 sont des opportunités de formation et sensibilisation au risque médicamenteux.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est déployée depuis janvier 2011 sur les unités USLD. Tous les professionnels utilisateurs sont formés. Les nouveaux professionnels sont accompagnés par des référents présents dans chaque service.
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.	En grande partie	Un suivi quantitatif et qualitatif est en place. Des indicateurs de suivi sont définis et déployés au fur et à mesure des travaux EPP et selon les recommandations de la Société française de pharmacie. Ils sont intégrés dans le PAQSS et suivis par le COMEDIMS, le COPIL, la CME et la commission des antibiotiques.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil des erreurs médicamenteuses est organisé (procédure de recueil et procédure d'analyse méthodique). Le dispositif est accessible à tous les professionnels. Les erreurs sont analysées systématiquement d'abord par le pharmacien, puis de façon collective et méthodique en CREX (Comité de retour d'expérience) dont les missions ont été définies. Ce comité est en place depuis octobre 2011. Un bilan annuel des erreurs est dressé. Le rapport exhaustif de l'analyse est diffusé aux acteurs concernés.
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.	En grande partie	Des actions d'amélioration sont définies : rappel de bon usage des médicaments via courrier, notes d'information et COMEDIMS. Ces actions sont intégrées dans le programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse défini pour 2011-2012. La rétro-

En grande partie	information aux différents n'a pas été évaluée.
------------------	---

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

La procédure de la prise en charge médicamenteuse a défini les supports de prescription, y compris pour les médicaments à risques. La liste de prescripteurs est en place et actualisée. Le support informatisé a été validé en CME. Le support de prescription et d'administration est unique (dossier informatisé du patient).

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

Oui

La procédure de gestion du traitement personnel du patient est formalisée. Le patient est informé (à condition que ses facultés cognitives le permettent) de la nécessité de transmettre son traitement aux professionnels. Aucun médicament personnel ne reste à la disposition du patient. Une réévaluation du traitement est réalisée à l'admission par le médecin référent. Les prescriptions de sortie tiennent compte du traitement personnel.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

Oui

La procédure générale de la prise en charge médicamenteuse décrit :

- l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient ;
- la délivrance nominative des médicaments ;

	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - la dotation des besoins urgents ; - le conditionnement unitaire des médicaments avec identification jusqu'à l'administration ; - l'acheminement sécurisé des médicaments depuis la pharmacie ; - l'information et le conseil aux utilisateurs ; - l'optimisation des stocks à la PUI. <p>Le contrôle périodique des armoires à pharmacie est formalisé et tracé.</p>
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	<p>Les règles d'administration sont appliquées mais non formalisées. Un groupe de travail a pour objectif de finaliser cette procédure ainsi que celle de l'entretien des piluliers. L'administration des médicaments est tracée. La non-administration est renseignée dans le dossier et adressée systématiquement au prescripteur. Elle est lisible par le pharmacien. Les matériels d'administration sont standardisés.</p> <p>Une procédure décrit la gestion des périmés. L'entretien des réfrigérateurs à médicaments est formalisé, effectif et tracé. Le chariot et valises d'urgence sont vérifiés par les services selon le protocole en place.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	<p>Les prescriptions sont conformes à la réglementation et ont été formatées de cette manière dans le logiciel en place. Aucune délivrance ne peut être assurée sans prescription. Les règles de prescriptions des injectables sont mises en œuvre. Les protocoles pour les médicaments à risques sont mis en œuvre. L'audit sur la tenue du dossier informatisé du patient réalisé en février 2012 montre un taux de 100 % de conformité pour les prescriptions.</p>
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	<p>L'analyse pharmaceutique est systématique pour l'ensemble des ordonnances. Toute nouvelle prescription est validée par le pharmacien.</p> <p>La délivrance nominative est réalisée pour 7 jours après reconditionnement contrôlé par le pharmacien et ensachage.</p>

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Pour tous les patients potentiellement réceptifs, une information sur le traitement est donnée par les professionnels. Les médicaments tels que AVK, etc. font l'objet d'une action d'éducation pour le patient.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	L'administration du traitement est tracée à hauteur de 100 % selon l'audit réalisé en février 2012. La non-administration est tracée et motivée ; elle est transmise au prescripteur et au pharmacien.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Des audits sont organisés sur : - l'administration des médicaments per os ; - la tenue des armoires à pharmacie ; - le chariot et les valises d'urgence ; - la chaîne du froid. Des contrôles de la qualité de la préparation des dispensations nominatives sont réalisés toutes les semaines sur les piluliers. Une EPP spécifique à l'administration a été développée.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Des EPP sur la pertinence de certaines prescriptions ont été conduites : - vitamine D ; - antibiotiques ; - anti-Alzheimer ; - antimycosiques. Tous les antibiogrammes sont supervisés par le pharmacien. Les rappels de bonnes pratiques (ne pas partager, écraser les formes LP des comprimés) figurent dans le livret thérapeutique. Ces actions sont prises en compte dans le PAQSS. Un bilan d'activité « pharmacie » est réalisé et diffusé dans le rapport de gestion global de l'établissement.

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.

Oui

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.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

Critère 21.a - Soins de 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.	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.b

Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

Cotation

NA

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.

NA

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.

NA

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.

NA

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

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).

En grande partie

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

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.

NA

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.

NA

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.

En grande partie

Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.

En grande partie

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

En grande partie

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).	Partiellement	
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.	Non	Compte tenu de la typologie de la prise en charge et des patients accueillis (Alzheimer, démences, etc.), les pratiques d'ETP ne sont pas évaluées et les actions d'amélioration non mises en oeuvre.

Référence 24: La sortie du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	L'établissement n'est pas soumis aux campagnes IPAQSS. Un courrier de sortie est systématiquement rédigé le jour de la sortie, afin d'assurer une continuité des soins dans la structure d'aval.
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.	Non	Les informations nécessaires à la continuité des soins sont transmises, mais le dispositif n'est pas évalué.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	Aucune évaluation formalisée des orientations n'est réalisée.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	Aucun programme d'amélioration n'a été formalisé.

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée, et connue des acteurs du territoire de santé.

NA

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

Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.

NA

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

Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés, selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

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

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

NA

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

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

NA

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

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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.

En grande partie

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.

Partiellement

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

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

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'engagement des professionnels est effectif.	En grande partie	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	Partiellement	
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.	En grande partie	
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	En grande partie	

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.b Pertinence des soins

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

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.

Oui

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

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.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	En grande partie	
---	------------------	--

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqss-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-

Éléments de lecture du tableau

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

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

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

Remarque :

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

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

AUCUN

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

BILAN DES CONTRÔLES EFFECTUÉS ET INSPECTIONS CONCERNANT LA SÉCURITÉ SANITAIRE

(Uniquement effectués par organismes et autorités externes)

Nom de l'établissement : Centre Départemental Gériatrique de l'Indre LES GRANDS CHENES

N° FINES : 360 000392

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aucune visite de l'inspecteur
Stérilisation des dispositifs médicaux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Désinfection des dispositifs médicaux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	non concerné
Laboratoires d'analyses de biologie médicale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Infrastructures			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pas de contrôle
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité de l'arrondissement de Châteauroux Commission de sécurité de l'arrondissement de Châteauroux	15/12/2008 05/12/2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non reçu encore le rapport
Sécurité électrique	apave	29/06/2011 debré 06/07/2011 la chênèraie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pour les recommandations: en fait ceux sont des observations de non-conformité-préconisation
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	DSV Lescaroux ACM Val de Loire	06/04/2011 23/02/201131/08/2011	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour DSV 8 non-conformité mineure et 5 non-conformité moyenne; en très grande majorité résolues à ce jour. Pour la potabilité eau (lescaroux)2 analyses par mois pour les surfaces de cuisine

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Eaux à usage médical			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Eaux à usage technique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Eaux chaudes sanitaires	Laboratoire de Touraine	08/11/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 fois par an
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	sita	07/09/2011	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 à 2 fois par semaine par SITA
Déchets à risques radioactifs			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Produits sanguins labiles			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Sécurité anesthésique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Secteur opératoire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Imagerie et exploration fonctionnelle			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Radiothérapie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	socotec	20/11/2009	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En 2009 pour la Chêneraie et les cuisines contrôlé par le DTA (document technique d'amiante)

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine
procédure de certification

Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps. Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

L'engagement du Centre Départemental Gériatrique de l'Indre dans le développement durable

Problématique:

Les conclusions du rapport final de certification conduisent l'établissement à améliorer son engagement dans le développement durable.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Objectifs ultimes

Faire reconnaître l'engagement de l'établissement dans la démarche du développement durable.

Certification sans recommandations en matière de développement durable lors de la prochaine visite.

Responsabilités

Chef de projet

Equipe de réalisation

Personnes ressources

PIED Christelle, DIRECTEUR ADJOINT

Echéancier de réalisation :

2014

Modalités d'évaluation :

Etat d'avancement des actions

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Comité de PILOTAGE DE LA QUALITE, GESTION DES RISQUES ET DES VIGILANCES

Validation institutionnelle:

Conseil de surveillance et CME

Planification des revues de projet: