



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
CENTRE HOSPITALIER D'HENIN BEAUMONT

585 avenue des deportes Bp 09 - 62251 - Henin-Beaumont

JUIN 2013

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	8
2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	11
1. Niveau de certification	12
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	13
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	14
4. Critères investigués lors de la visite de certification	15
5. Suivi de la décision	17
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	19
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	22
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	23
3. Regard Patient	24
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	25

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	31
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	33
PARTIE 1. Management stratégique	34
PARTIE 2. Management des ressources	59
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	100
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	126
PARTIE 1. Droits et place des patients	127
PARTIE 2. Gestion des données du patient	221
PARTIE 3. Parcours du patient	246
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	383
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	397
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	404
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	406

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

L'établissement de santé doit également mettre chaque année à disposition du public les indicateurs de qualité et de sécurité des soins recueillis de manière obligatoire et utilisés dans le cadre de la procédure de certification.

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER D'HENIN BEAUMONT

Adresse : 585 avenue des deportes Bp 09
62251 Henin-Beaumont PAS-DE-CALAIS

Statut : Public

Type d'établissement : Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	65	5	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	30	0	0
Soins de longue durée	60	0	0
Santé mentale	90	20	0

Nombre de sites.:	<ul style="list-style-type: none"> - Site principal : le centre hospitalier situé au 585 avenue des Déportés à Hénin-Beaumont où se trouvent les services d'hospitalisation complète de Médecine, Alcoologie, SSR, long séjour et Psychiatrie. - 2ème Site : l'hôpital de jour intersectoriel de Psychiatrie adultes "L'Escale" est situé au 258 avenue Victor Hugo à Hénin-Beaumont. - Les CMP adultes et enfants sont situés sur les villes d'Hénin-Beaumont, Carvin, Evin-Malmaison et Harnes.
Activités principales.:	<ul style="list-style-type: none"> Médecine à orientation gériatrique et diabétologie Alcoologie SSR gériatrique Long séjour Psychiatrie
Activités de soins soumises à autorisation.:	<ul style="list-style-type: none"> Médecine Alcoologie Soins de Suite et de Réadaptation Long séjour Psychiatrie
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	Demande d'agrément sanitaire européen de la cuisine centrale en cours (dépôt du dossier le 06.12.2012 à la DDPP)

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Conventions avec la Polyclinique d'Hénin-Beaumont: vacations du cardiologue, demandes de scanner, cession en urgence vitale de produits sanguins labiles, coopération accès aux soins/réciprocités de services, prise en charge des professionnels
--	--

Réorganisation de l'offre de soins

	<p>victimes d' AES.</p> <p>Conventions avec le Centre Hospitalier de Lens: dans le domaine de l'obstétrique, coopération pour l'orientation des patients, optimisation des filières de soins respectives, et, dans le cadre de la télé expertise (SIIH) dépistage de la rétinopathie diabétique.</p> <p>Convention avec le Centre Hospitalier d'Arras: prise en charge des adolescents 13/18 ans (pathologies psychiatriques)</p>
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	<p>Pour le Pôle de Médecine, Alcoologie, Gériatrie et médico-techniques :</p> <p>Activités autorisées mais non installées, dans le cadre du projet médical 2012-2016 :</p> <ul style="list-style-type: none"> * 50 lits de SSR : - 20 lits SSR Obésité-endocrino-gastro-maladies métaboliques - 30 lits SSR affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance dont 20 lits d'unité cognitivo-comportementale * 10 places d'hôpital de jour d'addictologie en cours d'installation, * unité de psychogériatrie <p>Pour le Pôle de Psychiatrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Reconstruction du bâtiment d'hospitalisation complète de Psychiatrie pour adultes, déménagement en novembre 2012, * Construction en cours d'un Hôpital de jour de Psychiatrie enfant et CATT "adolescents" avec déménagement du CMP d'Hénin-Beaumont sur le nouveau site (prévue deuxième trimestre 2013) * 12 places d'appartements thérapeutiques ouverts en décembre 012, * 6 places d'HAD en psychiatrie (autorisation ARS janvier 2013) * Projet de construction d'un second hôpital de jour pour adultes à Carvin, * Projet de création d'un foyer d'accueil médicalisé pour les personnes souffrant d'un handicap psychique.

2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1.Niveau de certification

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

Décisions

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

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

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 22/01/2013 au 25/01/2013.

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

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

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

MANAGEMENT DES RESSOURCES

3.b, 4.a, 4.b, 5.b, 5.c, 6.b, 6.e, 7.e

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.a Soins de longue durée, 10.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 10.d Soins de longue durée, 10.e Santé mentale, 12.a Soins de longue durée, 12.a Santé mentale, 12.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 12.a Court Séjour, 13.a Santé mentale, 13.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 13.a Court Séjour, 13.a Soins de longue durée

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

14.a Court Séjour, 14.a Soins de longue durée, 14.a Santé mentale, 14.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 14.b Soins de longue durée, 14.b Santé mentale, 14.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 14.b Court Séjour, 15.a Santé mentale, 15.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 15.a Court Séjour, 15.a Soins de longue durée

PARCOURS DU PATIENT

17.b, 18.a Santé mentale, 18.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 18.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 18.b Court Séjour, 19.a Personnes démunies, 19.a Personnes détenues, 19.b Soins de longue durée, 19.b Santé mentale, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.b Court Séjour, 19.c Court Séjour, 20.a Soins de longue durée, 20.a Santé mentale, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a Court Séjour, 20.a bis Santé mentale, 20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a bis Court Séjour, 20.a bis Soins de longue durée, 21.a Santé mentale, 22.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 23.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 23.a Santé mentale, 23.a Soins de longue durée, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 24.a Court Séjour, 24.a Soins de longue durée, 24.a Santé mentale

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.

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)
- Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté (10.e)
- 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)
- Continuité et coordination de la prise en charge des patients (18.a)
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge médicamenteuse du

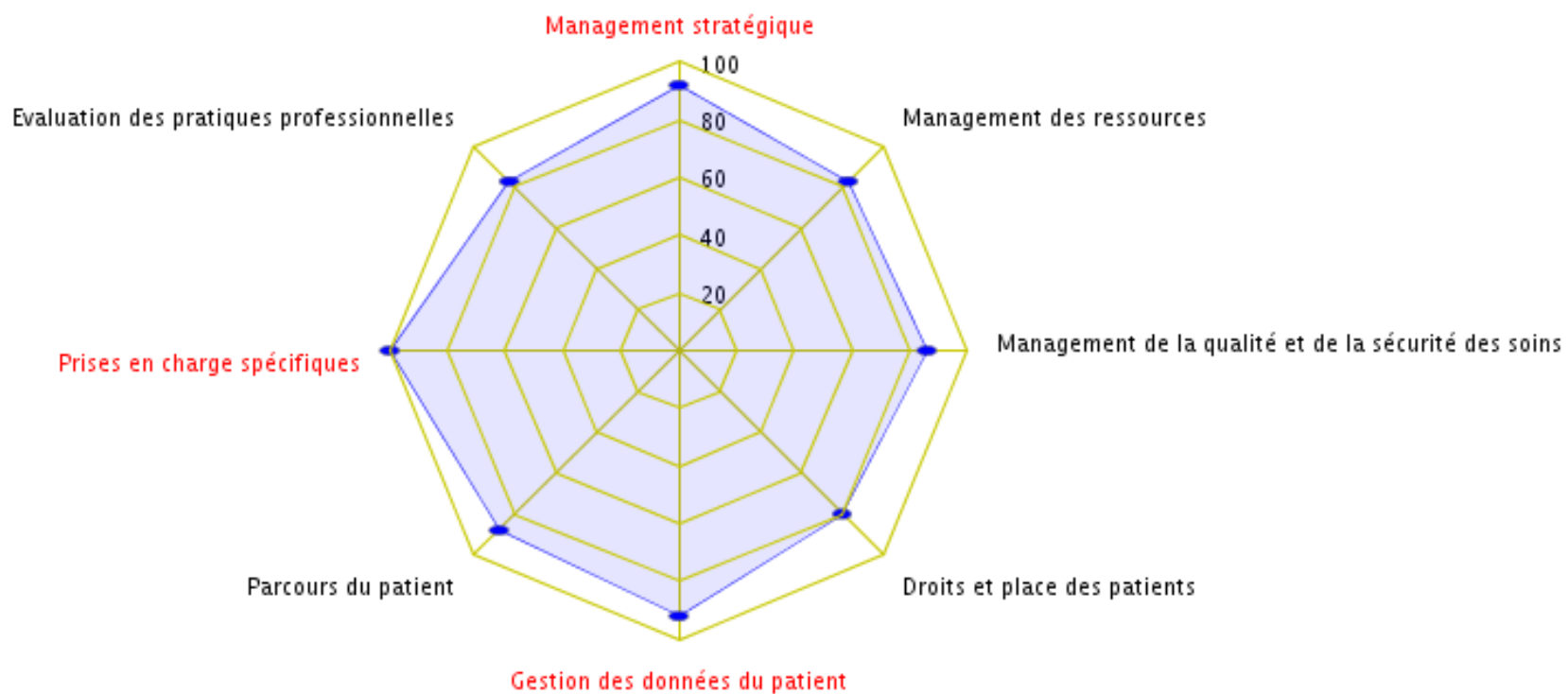
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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 :

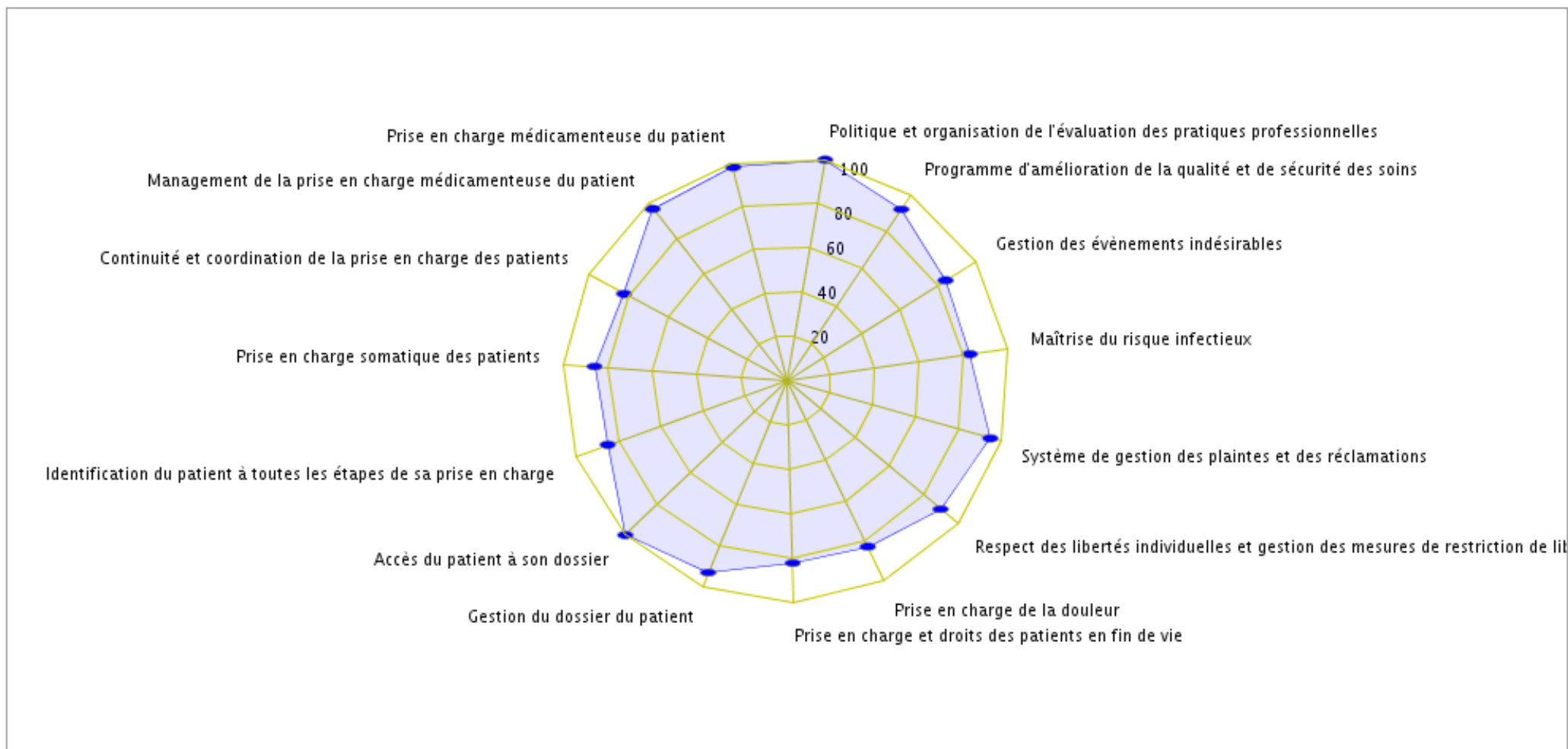
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé 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

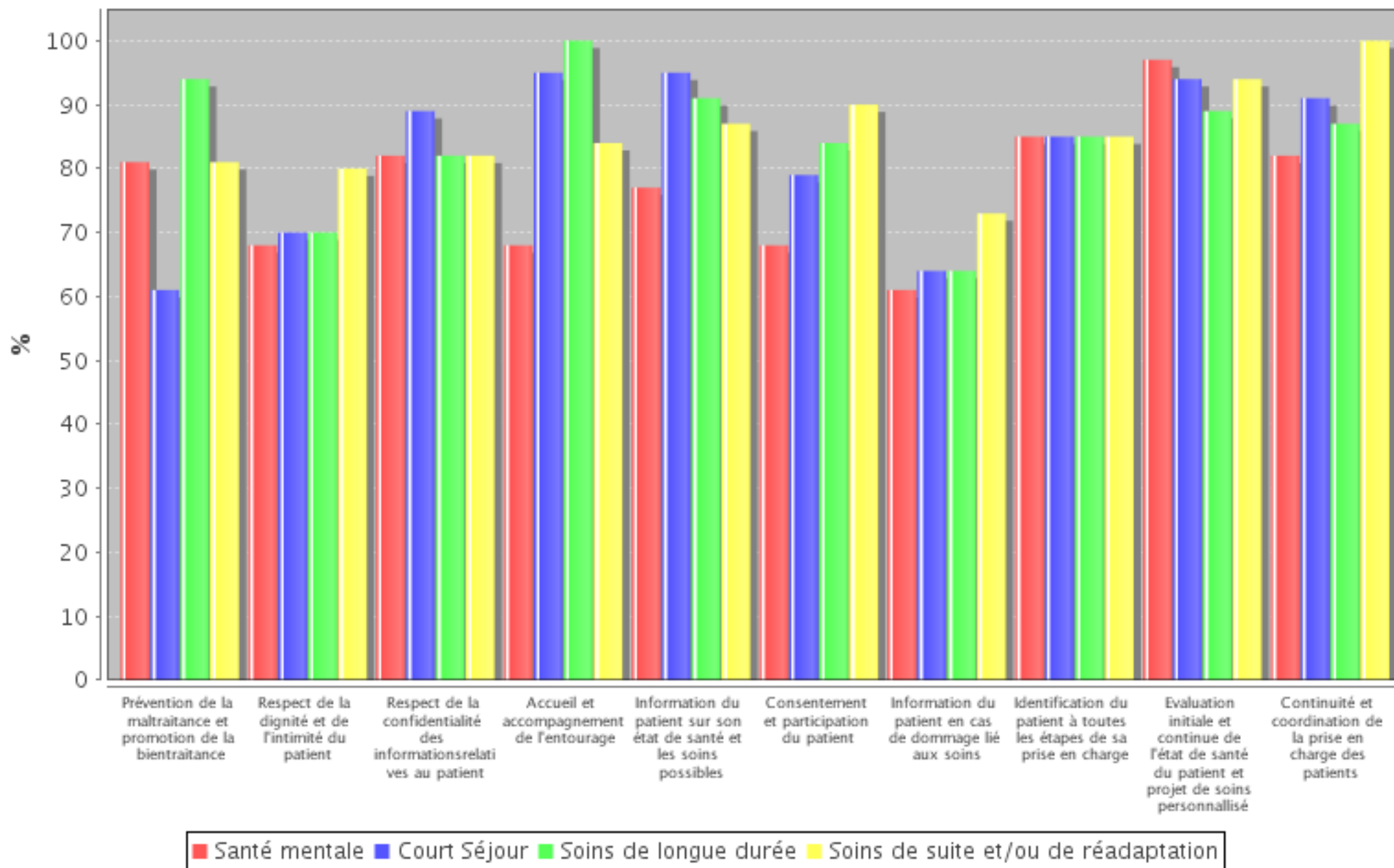


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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
10d (Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé.).	Type 1	Oui	Depuis 2011, une formation "qualité, gestion des risques, Évaluation des Pratiques Professionnelles et Respect des Droits des Usagers" est organisée trois fois par an. La délégation qualité assiste aux conseils de pôle et à la CME. Des référents qualité sont nommés au sein des pôles cliniques. Des réunions régulières ont lieu entre l'encadrement des soins et la délégation qualité. L'encadrement assure le déploiement aux niveau des différents services. Un projet d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins impliquant l'ensemble des médecins est défini. Les experts visiteurs ont constaté, lors de la visite, une forte mobilisation des médecins et leur participation active au sein des instances et des groupes de travail.
21b PSY (Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge.) ; 21c PSY (La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée.).	Type 1	Oui	Le service de Psychiatrie a déménagé en novembre 2012 dans une nouvelle construction offrant aux patients accueillis des conditions d'hébergement permettant le respect de l'intimité et de la dignité. Les chambres d'isolement thérapeutique et septique sont équipées d'un sas et d'un cabinet de toilette. La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont des axes du projet de soins. Des formations ont eu lieu et abordent également le respect de la dignité du patient. Un groupe de travail a été constitué sur le thème " restrictions des libertés individuelles". Il existe une fiche dans le dossier patient informatisé intitulé " consignes médicales" qui reprend toutes les restrictions.
24b PSY (Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient et organise la coordination entre les professionnels	Type 1	Oui	Le recrutement de médecins somaticiens a permis le recueil des données médicales dès l'entrée du patient. Les besoins du patient sont identifiés , des objectifs de soins sont déterminés, des ré évaluations régulières sont

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
des différents secteurs d'activité.).			menées et tracées. Le projet thérapeutique est réajusté lors des synthèses cliniques qui regroupent l'équipe pluridisciplinaire.
28b PSY (L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.).	Type 1	Oui	La traçabilité des actes diagnostiques et thérapeutiques est réalisée dans le dossier patient informatisé. L'évolution de l'état de santé est renseigné tout au long de l'hospitalisation dans le dossier papier: après un entretien, un acte de soin, un évènement, la réunion de synthèse clinique. Après la sortie du patient, le secrétariat archive le courrier de fin de séjour dans le dossier archivé.
30a MCO (La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.) ; 30a PSY (La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.) ; 30b MCO (Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.) ; 30b SSR (Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.) ; 30b SLD (Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.) ; 30b PSY (Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.) ; 30c MCO (La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en	Type 1	Oui	Les règles de fonctionnement ont été définies de façon concertée entre les secteurs d'activité clinique et le secteur d'imagerie médicale. Les demandes d'examen sont rédigées sur informatique par les prescripteurs, elles doivent comprendre les renseignements cliniques et les objectifs de la demande. La procédure de prescription est formalisée. Le guide du bon usage des examens d'imagerie a été envoyé à l'ensemble des praticiens et un exemplaire est disponible dans chaque service. Des audits sont régulièrement menés pour vérifier la conformité des prescriptions. Les délais de transmission des résultats d'examen d'imagerie sont définis dans les règles de fonctionnement et respectés. Les comptes rendus sont intégrés dans le logiciel, validés par le praticien ayant réalisé l'acte et reliés à la demande informatisée pour un accès direct des prescripteurs.

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
termes de qualité et de délais.) ; 30c SSR (La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais.) ; 30c SLD (La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais.) ; 30c PSY (La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais.).			
35a PSY (La prise en charge pluriprofessionnelle du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et ceux de la rééducation et du soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.).	Type 1	Oui	<p>Les prescriptions des activités de rééducation et de soutien figurent dans le dossier patient.</p> <p>Différentes collaborations existent:</p> <ul style="list-style-type: none"> * La diététicienne de Médecine intervient, sur prescription médicale, en consultations une fois par semaine dans les services d'hospitalisation complète de Psychiatrie et toutes les 3 semaines en secteur extra hospitalier. * En hôpital de jour, au CATTP et en hospitalisation complète, un carnet de suivi du poids et des troubles métaboliques, a été mis en place,il est remis au patient et permet le suivi et la coordination avec le médecin traitant. <p>Les activités de kinésithérapie sont tracées dans le dossier du patient.</p> <p>Les activité de soutien et psycho socio thérapeutiques réalisées avec le patient sont également inscrites dans le dossier du patient.</p> <p>L'échange des informations utiles pour le patient s'effectue également au cours des transmissions et des réunions de synthèse.</p>
36a PSY (Un programme d'éducation	Type 1	Oui	Différents thèmes d'éducation thérapeutique sont en place

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
thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient.).			<p>dans les services de psychiatrie :</p> <p>Des entretiens spécifiques et adaptés ont lieu pour aider le patient à mieux connaître sa maladie et mieux la gérer.</p> <p>En hôpital de jour, il existe des ateliers d'éducation thérapeutique sur:</p> <ul style="list-style-type: none"> * la gestion des symptômes (connaissances des symptômes, repérage des signes d'alerte, prévention des rechutes) * sur la Communication en vue de rompre l'isolement, et développer l'habilité sociale. * le Pro-famille avec un programme structuré d'information, destiné aux familles des patients schizophrènes. * sur le médicament pour amener le patient vers une meilleure observance. <p>En intra hospitalier, les ateliers concernent « la vie quotidienne » et « l'équilibre alimentaire ».</p> <p>La formation de deux référents (en intra et extra hospitalier) est prévue au plan de formation 2013.</p>
39c PSY (Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.).	Type 1	Oui	<p>Le soutien psychologique des professionnels en souffrance est assuré et pris en compte. Selon la situation, ce rôle est rempli par l'encadrement et les médecins, parfois, le professionnel est adressé à la médecine du travail.</p> <p>La direction des soins a organisé un groupe de travail constitué de psychologues, de cadres de santé, d'infirmiers de secteur psychiatrique, et de la médecine du travail pour optimiser cet accompagnement.</p>

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		
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 œuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	Oui	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	Oui	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

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.

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

Cotation		
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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.e

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

Cotation

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.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

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 formalisée avec des objectifs, un plan et des moyens d'action. Cette stratégie est intégrée au Projet Qualité et Gestion des Risques qui fait partie du Projet Médical d'Établissement 2012-2016 dans l'objectif "veiller à la dynamique des démarches d'EPP". Le règlement intérieur de la Commission EPP date du 03/04/2012.

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

Oui

Le règlement intérieur de la Commission EPP impose d'inscrire à l'ordre du jour de la CME et de la CSIRMT l'état d'avancement des travaux d'EPP.
 Le Comité Qualité et Sécurité des Soins garantit également la concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires de l'établissement sur la stratégie de l'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

Les missions et les responsabilités relatives à l'organisation, la coordination, l'accompagnement, le suivi des démarches et de l'engagement des professionnels sont définies dans le Projet Qualité et Gestion des Risques, le Projet Qualité de la CME et dans la Commission EPP et dans les comptes-rendus des instances citées.

	Oui	Les missions et responsabilités au sein de la délégation de la qualité ont été définies et les fiches de fonctions ont été validées.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	L'accompagnement des groupes EPP a été réalisé en interne par la Délégation de la Qualité, Gestion des Risques, Coordination des Vigilances et de la Communication. La Chargée de Mission Qualité a participé à l'ensemble des réunions des groupes de travail. Une formation "combiner démarche qualité, gestion des risques, évaluation des pratiques professionnelles et respect des droits des patients a été dispensée aux professionnels en place et est dispensée aux nouveaux arrivants trois fois par an depuis 2011. Elle contient un module sur les EPP.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP de façon organisée et régulière. Les copilotes de la commission EPP sont en charge de la coordination et du suivi des démarches EPP. Le tableau de bord des EPP recense les actions EPP . Il est mis à jour au fur et à mesure de l'avancée des travaux et est présenté à chaque séance de la commission EPP. La CME, le Comité Qualité et Sécurité des Soins et la CSIRMT sont informés des avancements des démarches EPP.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	La CME, le Comité Qualité et Sécurité des Soins et la CSIRMT sont informés des avancements des démarches EPP. Une formation "combiner démarche qualité, gestion des risques, évaluation des pratiques professionnelles et respect des droits des patients a été dispensée aux professionnels en place et est dispensée aux nouveaux arrivants trois fois par an depuis 2011. Elle contient un module sur les EPP.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	La CME, le Comité Qualité et Sécurité des Soins et la CSIRMT et les conseils de pôle sont régulièrement informés des avancements des démarches EPP.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	Le suivi périodique du tableau de bord des EPP permet des ajustements, avec arrêt des EPP qui n'ont plus de marge de progression et proposition d'ajout de nouvelles EPP en fonction des différentes évaluations réalisées dans l'établissement.

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.g Développement d'une culture qualité et sécurité

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et 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.).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activité sont définis.	Oui	
Les circuits de décision et de délégation sont définis.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

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

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

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

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

Cotation		
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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des dispositions sont mises en œuvre, 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.

Oui

L'évaluation périodique du personnel est mise en œuvre.	Oui	
Un plan de formation est mis en œuvre.	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.	En grande partie	
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté, en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités, notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	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.	En grande partie	
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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.	Oui	
Le document unique est établi.	Oui	
Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.	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 œuvre.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme de prévention des risques et le document unique sont évalués à périodicité définie, sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'événements indésirables.	En grande partie	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

Cotation		
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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et, s'il y a lieu, de recettes, selon une procédure formalisée.	Oui	
Ces objectifs tiennent compte des engagements pris dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement conduit une analyse des coûts, dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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.

Oui

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

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

En grande partie

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

Partiellement

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.

En grande partie

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.

En grande partie

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.	Oui	
Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les situations identifiées font l'objet de dispositifs 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 œuvre.	Partiellement	
---	---------------	--

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

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

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Le circuit du linge est défini.	Oui		
Les besoins par secteur sont quantifiés, et incluent les demandes en urgence.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.	Oui		
Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	Oui		

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La fonction transport des patients est organisée, y compris en cas de sous-traitance.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.	Oui	
Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur les plans quantitatif et qualitatif, en associant les utilisateurs.	Oui	
La politique d'achat et de relation avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat écoresponsable.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	
L'établissement initie une démarche d'achat écoresponsable pour certains produits ou services.	Oui	

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement de santé détermine un processus permettant la mise à disposition des matériels médicaux adaptés aux besoins des patients.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
En cas de rupture d'un produit, des solutions de substitution sont prévues.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les modalités de transport des différents matériels et médicaments sont formalisées.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
En cas de prestation extérieure, une convention de collaboration est formalisée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

La satisfaction du patient relativement 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.	Partiellement	
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.	En grande partie	
Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), et tracés.	Oui	

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

Oui

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

En grande partie

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Non

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.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Partiellement	

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.	En grande partie		
Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.	Oui		
Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.	Oui		

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

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les actions à mettre en œuvre, 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	pas de sous traitance de la prestation d'hygiène des locaux
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 œuvre.	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 œuvre.	En grande partie	

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et d'effluents.	Oui	
La politique en matière de déchets est définie, en concertation avec les instances concernées.	Oui	
Les procédures de gestion des déchets sont établies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le tri des déchets est réalisé.	En grande partie	

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	En grande partie	

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	La politique qualité/ gestion des risques définie dans le projet d'établissement, est déclinée dans un programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Chaque évaluation est suivie d'un programme d'actions qui est intégrée dans le programme global, supervisé par la délégation qualité (composée d'une responsable qualité, d'une gestionnaire de risques et d'une secrétaire).	
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 prend en compte les améliorations à mettre en œuvre suite à l'analyse des évènements indésirables, l'évolution de la réglementation, la lutte contre les infections nosocomiales, le circuit du médicament, les risques associés aux soins identifiés par l'établissement au regard du profil des patients accueillis et de ses missions, les recommandations de la dernière certification. Cependant, l'analyse des plaintes et réclamations ne faisant pas l'objet d'un programme formalisé, n'est pas intégré dans le programme.	

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 global et les plans d'actions qui en découlent sont présentés aux instances : au CQE (Comité Qualité Evaluation), à la CME, à la CSIRMT, au Comité de gestion des risques et des Vigilances.
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 œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins comprennent un responsable identifié, une échéance et des indicateurs de suivi. Des réunions régulières sont menées entre la délégation qualité/risques et l'encadrement. Celui-ci déploie les démarches vers les services.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'action des secteurs d'activité est assuré.	En grande partie	La délégation qualité assiste aux conseils de pôles. Au sein des pôles, est organisé mensuellement un comité de suivi d'indicateurs qui fait un point d'avancement sur la base des tableaux de bord des indicateurs IPAQSS. Cette révision est également réalisée en inter-pôle trimestriellement. Les autres plans d'actions sont suivis régulièrement. Cependant, il n'existe pas de tableau de suivi des plans d'actions qualité et gestion des risques, qui permettrait un pilotage global
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	L'atteinte des objectifs du programme est évaluée annuellement lors des bilans d'activité par instance (CLIAS, CLUD, CSIRMT, CME, CQE, et Comité de gestion des risques) et lors de chaque réévaluation des indicateurs IPAQSS.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Suite aux différentes évaluations, des réajustements sont opérés sur le programme, portant, soit la redéfinition des actions, soit sur la révision des échéances, soit sur le périmètre du champ d'actions. La traçabilité de cette révision est assurée dans le compte rendu des instances

Oui	concernées ou lors des réunions de suivi des indicateurs IPAQSS.
-----	--

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	Il n'y a pas à ce jour d'évaluation des conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins.

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

Critère 8.c
Obligations légales et réglementaires

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

La direction assure un suivi du traitement des non-conformités.	Oui	
---	-----	--

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

**Critère 8.d
Evaluations des risques à priori**

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

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

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

Critère 8.e
Gestion de crise

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les situations de crise sont identifiées.	Oui	
Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place, et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.	Oui	
Les plans d'urgence sont établis.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Une cellule de crise est opérationnelle.	Oui	

Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnelles.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'appropriation des procédures est évaluée, 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 à la suite de ces exercices.	En grande partie	

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

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	En grande partie	Une procédure de déclaration, de traitement et d'analyse des événements indésirables et une fiche signalétique sont à disposition des professionnels. Elle est disponible dans les services, dans un classeur qualité. Il existe d'autres systèmes de déclaration des événements indésirables: constats de chutes, constats de sortie contre avis médical, ou sans autorisation, signalements des vigilances. L'ensemble est coordonné par le Comité de Gestion des Risques et des Vigilances qui se réunit trois fois par trimestre. La notion de gravité ne figure pas sur la fiche de déclaration. Elle est en cours d'actualisation. Le second objectif est d'informatiser le dispositif de façon à ne disposer que d'une seule fiche.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	En grande partie	Des actions de sensibilisation au signalement des événements indésirables sont réitérées en CSIRMT et par l'encadrement des services. Une formation " Qualité/gestion des risques/ EPP/ droits des usagers est dispensée aux nouveaux arrivants, comprenant un module consacré au

	En grande partie	signalement des évènements indésirables.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	La délégation gestion des risques ainsi que le praticien et l'IDE hygiéniste sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.	Oui	L'établissement a déterminé une criticité dont le seuil permet de repérer les évènements indésirables justifiant d'une analyse des causes profondes. Une étude systématique est réalisée pour les AES. Deux CREX ont été menés pour analyser des signalements de dysfonctionnement relatifs à l'utilisation des barrières de lits et des sécuridraps (couchages de sécurité pour les personnes désorientées). Il existe également des analyses de causes profondes au cours de RETEX dans le cas d'épidémies. Les analyses s'appuient sur une méthode structurée, associant les professionnels concernés.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	Oui	Des actions correctives sont identifiées en cohérence avec les analyses de cause des évènements indésirables. La mise en oeuvre des actions est hiérarchisée : les actions d'amélioration issues de l'analyse des causes profondes des évènements indésirables les plus graves et les plus fréquents sont intégrées dans le plan d'amélioration de la qualité et gestion des risques. La délégation qualité et gestion des risques assure la coordination et le suivi en intégrant les actions d'amélioration aux plans d'actions et tableaux de suivi.

Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Différents évènements récurrents ont été repérés et analysés: société d'ambulances, systèmes anti fugues, ascenseurs à code etc...Des actions correctives ont été identifiées et mises en oeuvre.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Partiellement	Le recensement des évènements indésirables est réalisé mais il n'existe pas de dispositif de mesure de l'efficacité des actions correctives mises en place. Des indicateurs de suivi ne sont pas identifiés.

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

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



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

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



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

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

Critère 8.i
Vigilances et veille sanitaire

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation, pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes, est en place.	Oui	
Une coordination, entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement, est organisée.	Oui	
Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales), nationales de vigilance et de veille sanitaire.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	Oui	

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

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

Critère 8.j
Maîtrise du risque transfusionnel

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

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

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

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

Critère 8.k Gestion des équipements biomédicaux

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

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

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

Critère 9.a
Systeme 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 procédure d'examen des plaintes et réclamations a été élaborée en 2009. Elle précise le processus de gestion depuis la plainte ou réclamation jusqu'à son traitement et le courrier de réponse. Le responsable identifié, chargé de la relation avec les usagers est le directeur, qui est président de la CRU mise en place dès la parution du décret de mars 2005. Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation. L'ensemble des plaintes et réclamations colligé dans un seul registre, est présenté aux membres de la CRU. Les modalités d'information des usagers pour formuler une plainte ou réclamation sont affichées dans les services ainsi que la possibilité de recours à la médiation.

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

Oui

Les professionnels de l'établissement rédigent une fiche de signalement indésirable lors d'une plainte ou réclamation émise par un usager. La responsable de gestion des risques assurant la gestion des fiches de signalement d'évènements indésirables, est également en charge de la gestion des plaintes et réclamations. Elle est également responsable du respect de la politique des droits du patient et de son

	Oui	entourage, et membre du groupe de travail « FEI » qui se réunit mensuellement.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Dès la réception d'une plainte ou réclamation, le directeur transmet le courrier à la gestionnaire de risque. Une copie est adressée au responsable du service concerné pour que soit conduite une enquête. Si besoin, des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre. La réponse donnée est construite avec les professionnels du service.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.	Oui	Une réponse systématique est donnée au patient dans un délai moyen de 5 jours (indicateurs suivis par la CRU). Le courrier rappelle les modalités de mise en œuvre du dispositif de médiation.
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.	En grande partie	Les plaintes et réclamations font l'objet d'un tableau de suivi indiquant le motif, la date de réception et de réponse. Celui-ci est présenté à chaque CRU qui identifie des axes d'amélioration ou formule des recommandations. Cependant, le programme d'action n'est pas formalisé et n'est pas intégré dans le programme global de gestion de la qualité et sécurité des soins.

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.	En grande partie	
Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre 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 - Court Séjour
Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance**

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.a - Santé mentale Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

Cotation		
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.	En grande partie	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	Oui	

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.	Oui	
Des actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont mises en œuvre.	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.	En grande partie	

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.b - Court Séjour
Respect de la dignité et de l'intimité du patient**

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.b - Santé mentale
Respect de la dignité et de l'intimité du patient**

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	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.	En grande partie	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.b - Soins de suite et/ou de réadaptation
Respect de la dignité et de l'intimité du patient**

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

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

Oui

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

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

Oui

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

Oui

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

Oui

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

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

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les mesures, permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont identifiées.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	En grande partie	
Les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect de la confidentialité.	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.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.c - Soins de suite et/ou de réadaptation
Respect de la confidentialité des informations relatives au patient**

Cotation		
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.	En grande partie	
Des actions d'amélioration, en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont menées.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les mesures, permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont identifiées.	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.	En grande partie	
Des actions d'amélioration, en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont menées.	Partiellement	

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

A

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

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

Oui

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

NA

Les services de Médecine et d'alcoologie sont des services d'hospitalisation dédiés aux adultes.

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.	En grande partie	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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

Partiellement

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

NA

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

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

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

En grande partie

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.	Partiellement	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	En grande partie	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	NA	Le service de SSR est un service d'hospitalisation dédié aux adultes.
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.	Partiellement	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

A

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

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

Oui

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

NA

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 - Court Séjour

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

Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	Oui	
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisé.	Oui	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	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.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Santé mentale

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	Les projets transversaux constitutifs du projet d'établissement intègrent la promotion du respect des libertés individuelles (charte des droits du patient, charte de l'usager en santé mentale, mention dans le livret d'accueil, procédure en lien avec ce droit) Le projet de soins comporte un axe de travail centré sur les thèmes de la bientraitance. La charte du patient hospitalisé est affichée dans les services.
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	Oui	Une réflexion est conduite par un groupe de travail "restriction des libertés" composé de médecins psychiatres, infirmiers, psychologues et portant sur les questions relatives au respect des libertés individuelles et les risques de leur non-respect notamment : la permission, le patient suicidaire, l'utilisation du téléphone portable, la sortie contre avis médical, l'utilisation de la chambre d'isolement. Ces réflexions sont formalisées et des comptes rendus sont disponibles. Le comité éthique peut être consulté pour certaines thématiques.

<p>Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Le secteur de santé mentale a identifié les situations nécessitant une restriction de liberté, ce qui a donné lieu à la formalisation de procédures et protocoles encadrant ces situations et permettant de garantir les conditions de réalisations. Dans le dossier du patient une fiche "consignes médicales" reprenant les situations spécifiques permet d'identifier pour chaque patient les restrictions (La formalisation pour la chambre d'isolement thérapeutique, le retrait des effets personnels, les modalités de mise en place d'une contention, les droits des visites)</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les personnels médicaux et soignants sont sensibilisés à ces questions au quotidien. Des actions régulières de sensibilisation sont menées auprès des professionnels. La formation "combiner démarche qualité, gestion des risques, évaluation des pratiques", intégrant cette thématique, est réalisée 3 fois par an et les nouveaux arrivants sont systématiquement inscrits.</p>
<p>La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a défini une organisation permettant de respecter les libertés individuelles qui inclut l'identification et l'existence de procédures. Lors de la réalisation du projet de construction du nouveau service de psychiatrie, cette thématique a été intégrée et a permis aujourd'hui d'avoir des locaux adaptés au respect des libertés individuelles (chambres, salon télévision, pièce spécifique pour l'accueil des familles et des enfants, local pour fumeur...) Le service de Psychiatrie a déménagé en novembre 2012 offrant aux patients accueillis des conditions d'hébergement permettant le respect de l'intimité et de la dignité. Les chambres d'isolement thérapeutique et septique sont équipées d'un sas et d'un cabinet de toilette.</p>

<p>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 personnalisé.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des dispositifs de concertation entre les équipes médicales et paramédicales sont prévus dans l'organisation. Les cas de patients soumis à des restrictions de liberté sont étudiés lors de réunions. Le processus décisionnel intègre la réflexion bénéfico-risque. Les transmissions écrites infirmières contribuent également à la prise de décision.</p> <p>Les informations concernant l'état de santé du patient et les décisions prises sont transcrites sur les supports du dossier patient. Lorsque la famille est impliquée dans la prise en charge, la concertation peut être élargie à l'entourage.</p>
<p>Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les situations de restriction de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite sur la fiche "consignes médicales", et, dans certains cas peuvent être contractualisées avec le patient. La décision médicale de maintien ou de suspension des restrictions de liberté est prise sur la base des éléments apportés par les infirmières. Le protocole de prescription de l'utilisation de la chambre d'isolement thérapeutique n'intègre pas la périodicité de la réévaluation pour les prescriptions non modifiées, la traçabilité n'est pas systématiquement retrouvée.</p> <p>Concernant la surveillance infirmière en chambre d'isolement, la fiche précise la périodicité mais lors de la visite de certification, la traçabilité de la réévaluation n'a pas été retrouvée dans tous les dossiers examinés.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les réunions de fonctionnement de secteur permettent d'échanger sur les difficultés liées à la mise en place de restriction chez certains patients. Ces échanges ne sont pas systématiquement formalisés.</p> <p>Des audits portant sur l'évaluation des bonnes pratiques en matière de préservation des libertés individuelles ont été réalisés en 2008 mais n'ont pas été renouvelés. Le service a déménagé en novembre 2012, des audits sont planifiés en 2013.</p>

<p>Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction, sont mises en place, elles sont peu nombreuses à ce jour, le service venant d'intégrer ses nouveaux locaux (la sortie temporaire de la chambre d'isolement (nombre et durée)).</p>
---	------------	--

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Soins de suite et/ou de réadaptation

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.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	Oui	
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisé.	En grande partie	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	En grande partie	
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.	Partiellement	

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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	Oui	
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	En grande partie	
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 personnalisé.	Partiellement	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Partiellement	
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.	Partiellement	

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

Critère 11.a - Court Séjour

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

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

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

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

Critère 11.a - Santé mentale

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation, relative à l'information donnée au patient, est définie.	En grande partie	
Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.	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.	Partiellement	

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

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

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.).	Oui	

L'accès à des ressources d'informations diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction du patient, quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation, relative à l'information donnée au patient, est définie.	Oui	
Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).	Oui	

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

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

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage, dans la construction et la mise en œuvre 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.b - Santé mentale
Consentement et participation du patient**

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

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

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

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

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

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

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

Critère 11.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.	Oui	
Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 11.c - Court Séjour

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

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

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

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient**Critère 11.c - Santé mentale****Information du patient en cas de dommage lié aux soins**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a défini une stratégie de prise en charge de la douleur avec le Comité de lutte contre la douleur. Le Clud est mis en place dans l'établissement depuis 2003. L'établissement s'est engagé dans une politique de lutte contre la douleur au travers de la charte "ensemble, luttons contre la douleur". Cette information est intégrée au livret d'accueil.

La stratégie de prise en charge prend en compte la douleur physique et psychologique.

Elle est déployée dans les différents secteurs de l'établissement.

Des référents douleurs sont nommés dans les services permettant de déployer la stratégie de prise en charge de la douleur.

Un diaporama présentant le Clud et ses missions est disponible pour les nouveaux arrivants.

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

En grande partie

Les protocoles sont définis (protocole analgésique), et sont issus des recommandations de bonnes pratiques. Certains protocoles sont validés en COMEDIMS.

Ils sont formalisés pour l'ensemble des services mais non

soins, sont définis.	En grande partie	adaptés par prise en charge. Les protocoles sont rédigés en associant les professionnels. L'accessibilité des protocoles est facilitée.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	La formation mise en place tient compte de l'identification des besoins, des objectifs définis par le CLUD. Il existe un programme et des supports de formation. La thématique douleur est également intégrée dans des formations relatives à la promotion de la bientraitance, à la fin de vie. Une formation en interne réalisée par un infirmier d'équipe mobile de gériatrie et par une infirmière de l'EHPAD, titulaire du DU douleur intitulée "de la prise en charge de la douleur à l'accompagnement en fin de vie" est mise en place. de plus une journée d'outils (les différentes échelles d'évaluation) et la réalisation d'audits (audits de connaissance).
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	L'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est mise en place et organisée par les soignants en fonction de la typologie du patient, mais n'est pas formalisée. Il existe des documents d'information mis à disposition des patients (livret d'accueil « la douleur n'est pas une fatalité »). La charte de lutte contre la douleur intégrée au livret d'accueil est remise au patient
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Prise en charge de la douleur » et de sa valeur de 64% %, avec un intervalle de confiance à 95 % = [53 % - 74 %] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	Les professionnels s'assurent du soulagement de la douleur mais n'utilisent pas systématiquement une échelle d'évaluation, une transmission ciblée est ouverte lorsque le patient est douloureux. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations. Les modifications du traitement sont tracées dans le dossier du patient.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéroévaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles d'évaluation de la douleur des patients non communicants, adaptées aux patients sont à disposition des professionnels. Le clud et la csirmt ont validée 2 échelles (doloplus - ECPA) avec mise à disposition du mode opératoire.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Lors de la journée d'information réalisée en juin 2012, un audit de connaissance "la douleur en 10 questions" a été réalisé, auprès des professionnels médicaux et para médicaux. Les cadres s'assurent lors des transmissions et des réunions de services des connaissances et de la bonne utilisation des échelles de la douleur.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Prise en charge de la douleur ». Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation. Une epp douleur, transversale est en place. Un audit de connaissance a été réalisé en 2012.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration sont mises en place : sensibilisation des professionnels, missions des référents, développement des formations "douleur".
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 d'autres professionnels lors de forum avec notamment des échanges sur les protocoles et sur les échelles (échelle d'évaluation de la douleur psychologique) mais il n'a pas développé de partenariat structuré et formalisé afin de partager son expérience.

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a défini une stratégie de prise en charge de la douleur avec le Comité de lutte contre la douleur (CLUD) mis en place dans l'établissement depuis 2003. L'établissement s'est engagé dans une politique de lutte contre la douleur au travers de la charte "ensemble, luttons contre la douleur". Cette information est intégrée au livret d'accueil.
 La stratégie de prise en charge prend en compte la douleur physique et psychologique.
 Elle est déployée dans les différents secteurs de l'établissement.
 Des référents douleurs sont nommés dans les services permettant de déployer la stratégie de prise en charge de la douleur.
 Un diaporama présentant le Clud et ses missions est disponible pour les nouveaux arrivants

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

En grande partie

Les protocoles sont définis (protocole analgésique), et sont issus des recommandations de bonnes pratiques. Certains protocoles sont validés en COMEDIMS. Ils sont formalisés pour l'ensemble des services mais non adaptés par prise en

soins, sont définis.	En grande partie	charge Les protocoles sont rédigés en associant les professionnels. L'accessibilité des protocoles est facilitée. Le secteur de psychiatrie a élaboré un outil d'auto-évaluation afin d'évaluer la douleur psychologique (échelle "OAPI) La connaissance de ce dispositif est en cours de déploiement sur l'ensemble des secteurs de psychiatrie.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	La formation mise en place tient compte de l'identification des besoins, des objectifs définis par le CLUD. Il existe un programme et des supports de formation. La thématique douleur est également intégrée dans des formations relatives à la promotion de la bientraitance, à la fin de vie. Une formation en interne réalisée par un infirmier d'équipe mobile de gériatrie et par une infirmière de l'EHPAD, titulaire du DU douleur intitulée "de la prise en charge de la douleur à l'accompagnement en fin de vie" est mise en place. de plus une journée d'information, destinée aux professionnels médicaux, soignants s'est tenue en juin 2012 avec une présentation des outils (les différentes échelles d'évaluation) et la réalisation d'audits (audits de connaissance).
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	L'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est mise en place et organisée par les soignants en fonction de la typologie du patient, mais n'est pas formalisée. Il existe des documents d'information mis à disposition des patients (livret d'accueil « la douleur n'est pas une fatalité »). La charte de lutte contre la douleur intégrée au livret d'accueil est remise au patient
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	la traçabilité de la douleur n'est pas systématiquement retrouvée dans les dossiers. Dans les dossiers observés, la traçabilité est retrouvée pour les patients ayant une prescription d'antalgique.

Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	Les professionnels s'assurent du soulagement de la douleur mais n'utilisent pas systématique une échelle d'évaluation, une transmission ciblée est ouverte lorsque le patient est douloureux. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations. Les modifications du traitement sont tracées dans le dossier du patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéroévaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles d'évaluation de la douleur des patients non communicants, adaptées aux patients sont à disposition des professionnels. Le Clud et la CSIRMT ont validé 2 échelles (doloplus - ECPA) avec mise à disposition du mode opératoire.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Lors de la journée d'information réalisée en juin 2012, un audit de connaissance "la douleur en 10 questions "a été réalisé, auprès des professionnels médicaux et para médicaux. Les cadres s'assurent lors des transmissions et des réunions de services des connaissances et de la bonne utilisation des échelles de la douleur.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Prise en charge de la douleur ». Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation. Une epp douleur, transversale est en place. Un audit de connaissance a été réalisé en 2012.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration sont mises en place : sensibilisation des professionnels, missions des référents, développement des formations "douleur"
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 d'autres professionnels lors de forum. Pour le secteur de santé mentale, il participe quelquefois à l'inter clud d'Armentières .

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a défini une stratégie de prise en charge de la douleur avec le Comité de lutte contre la douleur (CLUD) mis en place dans l'établissement depuis 2003. L'établissement s'est engagé dans une politique de lutte contre la douleur au travers de la charte "ensemble, luttons contre la douleur". Cette information est intégrée au livret d'accueil.

La stratégie de prise en charge prend en compte la douleur physique et psychologique.

Elle est déployée dans les différents secteurs de l'établissement.

Des référents douleurs sont nommés dans les services permettant de déployer la stratégie de prise en charge de la douleur.

Un diaporama présentant le Clud et ses missions est disponible pour les nouveaux arrivants

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

En grande partie

Les protocoles sont définis (protocole analgésique), et sont issus des recommandations de bonnes pratiques. Certains protocoles sont validés en COMEDIMS.

Ils sont formalisés pour l'ensemble des services mais non

soins, sont définis.	En grande partie	adaptés par prise en charge. Les protocoles sont rédigés en associant les professionnels. L'accessibilité des protocoles est facilitée.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	La formation mise en place tient compte de l'identification des besoins, des objectifs définis par le CLUD. Il existe un programme et des supports de formation. La thématique douleur est également intégrée dans des formations relatives à la promotion de la bientraitance, à la fin de vie. Une formation en interne réalisée par un infirmier de équipe mobile de gériatrie et par une infirmière de l'EHPAD, titulaire du DU douleur intitulée "de la prise en charge de la douleur à l'accompagnement en fin de vie" est mise en place. De plus, une journée d'information, destinée aux professionnels médicaux, soignants s'est tenue en juin 2012 avec une présentation des outils (les différentes échelles d'évaluation) et la réalisation d'audits (audits de connaissance).
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	L'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est mise en place et organisée par les soignants en fonction de la typologie du patient, mais n'est pas formalisée. Il existe des documents d'information mis à disposition des patients (livret d'accueil « la douleur n'est pas une fatalité »). La charte de lutte contre la douleur intégrée au livret d'accueil est remise au patient
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Prise en charge de la douleur » et de sa valeur de 38 %, avec un intervalle de confiance à 95 % = [27 % - 48 %] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	Les professionnels s'assurent du soulagement de la douleur mais n'utilisent pas systématique une échelle d'évaluation, une transmission ciblée est ouverte lorsque le patient est douloureux. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations. Les

	En grande partie	modifications du traitement sont tracées dans le dossier du patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéroévaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles d'évaluation de la douleur des patients non communicants, adaptées aux patients sont à disposition des professionnels. Le CLUD et la CSIRMT ont validé 2 échelles (doloplus - ECPA) avec mise à disposition du mode opératoire.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Lors de la journée d'information réalisée en juin 2012, un audit de connaissance "la douleur en 10 questions "a été réalisé, auprès des professionnels médicaux et para médicaux. Les cadres s'assurent lors des transmissions et des réunions de services des connaissances et de la bonne utilisation des échelles de la douleur.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Prise en charge de la douleur ». Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation. Une epp douleur, transversale est en place. Un audit de connaissance a été réalisé en 2012.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration sont mises en place : sensibilisation des professionnels, missions des référents, développement des formations "douleur".
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 d'autres professionnels lors de forum avec notamment des échanges sur les protocoles et sur les échelles (échelle d'évaluation de la douleur psychologique) mais il n'a pas développé de partenariat structuré et formalisé afin de partager son expérience.

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a défini une stratégie de prise en charge de la douleur avec le Comité de lutte contre la douleur (CLUD) mis en place dans l'établissement depuis 2003. L'établissement s'est engagé dans une politique de lutte contre la douleur au travers de la charte "ensemble, luttons contre la douleur". Cette information est intégrée au livret d'accueil.

La stratégie de prise en charge prend en compte la douleur physique et psychologique.

Elle est déployée dans les différents secteurs de l'établissement.

Des référents douleurs sont nommés dans les services permettant de déployer la stratégie de prise en charge de la douleur.

Un diaporama présentant le Clud et ses missions est disponible pour les nouveaux arrivants.

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

En grande partie

Les protocoles sont définis (protocole analgésique), et sont issus des recommandations de bonnes pratiques. Certains protocoles sont validés en COMEDIMS.

Ils sont formalisés pour l'ensemble des services mais non

soins, sont définis.	En grande partie	adaptés par prise en charge. Les protocoles sont rédigés en associant les professionnels. L'accessibilité des protocoles est facilitée.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	La formation mise en place tient compte de l'identification des besoins, des objectifs définis par le CLUD. Il existe un programme et des supports de formation. la thématique douleur est également intégrée dans des formations relatives à la promotion de la bientraitance, à la fin de vie. Une formation en interne réalisée par un infirmier de équipe mobile de gériatrie et par une infirmière de l'EHPAD, titulaire du DU douleur intitulée "de la prise en charge de la douleur à l'accompagnement en fin de vie" est mise en place.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	L'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est mise en place et organisée par les soignants en fonction de la typologie du patient, mais n'est pas formalisée. Il existe des documents d'information mis à disposition des patients (livret d'accueil « la douleur n'est pas une fatalité »). La charte de lutte contre la douleur intégrée au livret d'accueil est remise au patient
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Prise en charge de la douleur » et de sa valeur de 99 %, avec un intervalle de confiance à 95 % = [96 % - 100 %] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	Les professionnels s'assurent du soulagement de la douleur mais n'utilisent pas systématique une échelle d'évaluation, une transmission ciblée est ouverte lorsque le patient est douloureux. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations. Les modifications du traitement sont tracées dans le dossier du patient.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéroévaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles d'évaluation de la douleur des patients non communicants, adaptées aux patients sont à disposition des professionnels. Le CLUD et la CSIRMT ont validé 2 échelles (doloplus - ECPA) avec mise à disposition du mode opératoire.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Lors de la journée d'information réalisée en juin 2012, un audit de connaissance "la douleur en 10 questions "a été réalisé, auprès des professionnels médicaux et para médicaux. Les cadres s'assurent lors des transmissions et des réunions de services des connaissances et de la bonne utilisation des échelles de la douleur.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Prise en charge de la douleur ». Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation. Une epp douleur, transversale est en place. Un audit de connaissance a été réalisé en 2012.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration sont mises en place : sensibilisation des professionnels, missions des référents, développement des formations "douleur".
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 d'autres professionnels lors de forum avec notamment des échanges sur les protocoles et sur les échelles (échelle d'évaluation de la douleur psychologique) mais il n'a pas développé de partenariat structuré et formalisé afin de partager son expérience.

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement dispose d'une autorisation de 3 lits identifiés soins palliatifs situés dans le secteur de court séjour gériatrique. Une organisation permettant une prise en charge des patients en fin de vie est en place et permet de préserver la qualité de vie et de la réévaluer régulièrement.

Le projet de soins 2012-2016 intègre un objectif opérationnel "optimiser la démarche palliative par un accompagnement des usagers et des professionnels"

Des professionnels sont titulaires du DU soins palliatifs, de plus l'équipe mobile de gériatrie apporte son soutien auprès du patient, de sa famille et des professionnels si besoin.

Un groupe de travail "soins palliatifs" est en place, formé de différents professionnels et représentant les différents services de l'établissement. Il se réunit régulièrement et traite des problématiques liés à l'organisation, à la législation (loi Léonetti, directives anticipées...).

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	En grande partie	Un formulaire de recueil de directives anticipées est en place. Une information est intégrée au livret d'accueil du patient. Les professionnels sont attentifs à respecter la volonté du patient, et la trace dans son dossier sur un document spécifique, ainsi que l'existence de directives anticipées si le patient les a formulés. Cependant, peu de directives anticipées sont formalisées.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	En réponse à la loi 22 avril 2005 relative à la limitation et à l'arrêt des traitements, et en fonction de la typologie du patient, une information est réalisée sur le 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.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Les projets de prise en charge sont définis en réunions avec les équipes médicales et paramédicales où la situation de chaque patient est examinée individuellement, et tracés dans le dossier du patient. Les besoins de l'entourage sont identifiés et des actions d'accompagnement peuvent être proposées (solutions d'hébergement et d'hôtellerie, accompagnement psychologique, soutien par le ministre du culte...) Le comité éthique de l'établissement créé en 2010 peut également intervenir à la demande des professionnels et se réunir lors de situations difficiles et ponctuelles.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Des formations en lien avec la prise en charge des patients en fin de vie sont proposées aux professionnels. Ces formations sur l'accompagnement en fin de vie et les soins palliatifs sont inscrites au plan de formation de l'établissement, de plus une formation interne est réalisée par une IDE, titulaire du Du Soins palliatifs, intitulée "de la formation douleur à l'accompagnement de fin de vie".

<p>Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des réunions de synthèse (médecins, cadre, IDE, AS, ASH, diététicienne...) sont organisées au moment des transmissions, permettant de réévaluer les stratégies de soins mises en place. Ces réunions permettent d'assurer la compréhension par tous des enjeux et des objectifs poursuivis. Les décisions collégiales prises sont intégrées au dossier du patient. Dans certains cas, le comité éthique ou l'équipe mobile de gériatrie peuvent être sollicités.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions de soutien sont organisées notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des groupes de parole, (mis en place depuis 2011) sont organisés pour les soignants, une fois par trimestre par la psychologue et l'infirmier de l'équipe mobile de gériatrie. Les soignants peuvent également solliciter un entretien individuel. - le groupe de soins palliatifs peut se réunir lors de situations difficiles, en réponse aux professionnels et - le comité éthique peut également à partir de saisine proposée par les professionnels se réunir pour apporter un soutien psychologique aux professionnels confrontés à des prises en charges spécifiques.
<p>Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Lors de la formation "Combiner démarche qualité, gestion des risques, évaluation des pratiques professionnelles, respect des droits des usagers" une présentation des directives anticipées est réalisée. D'autres actions de sensibilisation ponctuelles ont été menées dans l'établissement en 2012 (Stand d'information lors de la journée mondiale des soins palliatifs, reunions d'instances...). La formation des professionnels sur les différents aspects de la loi leonetti est programmée.</p>
<p>L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>l'établissement accepte les associations d'accompagnement et de leur bénévoles mais à ce jour, malgré des sollicitations, il ne dispose pas de bénévoles. Il n'a donc pas formalisé de convention.</p>

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 de la prise en charge en soins palliatifs est faite en équipe lors du décès d'un patient. Le comité éthique est quelquefois, intégrée aux évaluations de cas de patients. Toutefois, il n'y a pas de structuration du dispositif d'évaluation de la prise en charge en fin de vie .
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	La réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements est menée lors des staffs pluridisciplinaires en lien avec l'équipe mobile de gériatrie et le comité éthique.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	L'évaluation du dispositif de prise en charge des patients en fin de vie n'est pas structurée mais des actions d'amélioration ont été proposées et sont en cours de mise en oeuvre .

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

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

En grande partie

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

En grande partie

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.

En grande partie

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.

En grande partie

Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	En grande partie	
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	En grande partie	
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	En grande partie	
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Partiellement	
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	
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	En grande partie	

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	
---	------------------	--

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement dispose d'une autorisation de 3 lits identifiés soins palliatifs situés dans le secteur de court séjour gériatrique. Une organisation permettant une prise en charge des patients en fin de vie est en place et permet de préserver la qualité de vie et de la réévaluer régulièrement.

Le projet de soins 2012-2016 intègre un objectif opérationnel "optimiser la démarche palliative par un accompagnement des usagers et des professionnels"

Des professionnels sont titulaires du DU soins palliatifs, de plus l'équipe mobile de gériatrie apporte son soutien auprès du patient, de sa famille et des professionnels si besoin.

Un groupe de travail "soins palliatifs" est en place, formé de différents professionnels et représentant les différents services de l'établissement. Il se réunit régulièrement et traite des problématiques liés à l'organisation, à la législation (loi Léonetti, directives anticipées...).

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	En grande partie	Un formulaire de recueil de directives anticipées est en place. Une information est intégrée au livret d'accueil du patient. Les professionnels sont attentifs à respecter la volonté du patient, et la trace dans son dossier sur un document spécifique, ainsi que l'existence de directives anticipées si le patient les a formulés. Cependant peu de directives anticipées sont formalisées.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	En réponse à la loi 22 avril 2005 relative à la limitation et à l'arrêt des traitements, et en fonction de la typologie du patient, une information est réalisée sur le 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.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Les projets de prise en charge sont définis en réunions avec les équipes médicales et paramédicales où la situation de chaque patient est examinée individuellement, et tracés dans le dossier du patient. Les besoins de l'entourage sont identifiés et des actions d'accompagnement peuvent être proposées (solutions d'hébergement et d'hôtellerie, accompagnement psychologique, soutien par le ministre du culte...) Le comité éthique de l'établissement créé en 2010 peut également intervenir à la demande des professionnels et se réunir lors de situations difficiles et ponctuelles.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Des formations en lien avec la prise en charge des patients en fin de vie sont proposées aux professionnels. Ces formations sur l'accompagnement en fin de vie et les soins palliatifs sont inscrites au plan de formation de l'établissement, de plus une formation interne est réalisée par une IDE, titulaire du Du Soins palliatifs, intitulée "de la formation douleur à l'accompagnement de fin de vie".

<p>Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des réunions de synthèse (médecins, cadre, IDE, AS, ASH, diététicienne...) sont organisées, permettant de réévaluer les stratégies de soins mises en place. Ces réunions permettent d'assurer la compréhension par tous des enjeux et des objectifs poursuivis.</p> <p>Les décisions collégiales prises sont intégrées au dossier du patient. Dans certains cas, le comité éthique ou l'équipe mobile de gériatrie peuvent être sollicités.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions de soutien sont organisées notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des groupes de parole, (mis en place depuis 2011) sont organisés pour les soignants, une fois par trimestre par la psychologue et l'infirmier de l'équipe mobile de gériatrie. Les soignants peuvent également solliciter un entretien individuel. - le groupe de soins palliatifs peut se réunir lors de situations difficiles, en réponse aux professionnels et - le comité éthique peut également à partir de saisine proposée par les professionnels se réunir pour apporter un soutien psychologique aux professionnels confrontés à des prises en charges spécifiques.
<p>Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Lors de la formation "Combiner démarche qualité, gestion des risques, évaluation des pratiques professionnelles, respect des droits des usagers" une présentation des directives anticipées est réalisée. D'autres actions de sensibilisation ponctuelles ont été menées dans l'établissement en 2012 (Stand d'information lors de la journée mondiale des soins palliatifs, réunions d'instances...). La formation des professionnels sur les différents aspects de la loi Leonetti est programmée.</p>
<p>L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>l'établissement accepte les associations d'accompagnement et de leur bénévoles mais à ce jour, malgré des sollicitations, il ne dispose pas de bénévoles. Il n'a donc pas formalisé de convention.</p>

	Partiellement	
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 de la prise en charge en soins palliatifs est faite en équipe lors du décès d'un patient. Le comité éthique est quelquefois, intégrée aux évaluations de cas de patients. Toutefois, il n'y a pas de structuration du dispositif d'évaluation de la prise en charge en fin de vie .
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	La réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements est menée lors des staffs pluridisciplinaires en lien avec l'équipe mobile de gériatrie et le comité éthique.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	L'évaluation du dispositif de prise en charge des patients en fin de vie n'est pas structurée mais des actions d'amélioration ont été proposées et sont en cours de mise en oeuvre .

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.

Oui

L'établissement dispose d'une autorisation de 5 lits identifiés soins palliatifs situés au long séjour. Une organisation permettant une prise en charge des patients en fin de vie est en place et permet de préserver la qualité de vie et de la réévaluer régulièrement. Le projet de soins 2012-2016 intègre un objectif opérationnel "optimiser la démarche palliative par un accompagnement des usagers et des professionnels"

Des professionnels sont titulaires du DU soins palliatifs, de plus l'équipe mobile de gériatrie apporte son soutien auprès du patient, de sa famille et des professionnels si besoin.

Un groupe de travail "soins palliatifs" est en place, formé de différents professionnels et représentant les différents services de l'établissement. Il se réunit régulièrement et traite des problématiques liés à l'organisation, à la législation (loi Léonetti, directives anticipées...).

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	En grande partie	Un formulaire de recueil de directives anticipées est en place. Une information est intégrée au livret d'accueil du patient. Les professionnels sont attentifs à respecter la volonté du patient, et la trace dans son dossier sur un document spécifique, ainsi que l'existence de directives anticipées si le patient les a formulés. Cependant, peu de directives anticipées sont formalisées.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	En réponse à la loi 22 avril 2005 relative à la limitation et à l'arrêt des traitements, et en fonction de la typologie du patient, une information est réalisée sur le 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.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Les projets de prise en charge sont définis en réunions avec les équipes médicales et paramédicales où la situation de chaque patient est examinée individuellement, et tracés dans le dossier du patient. Les besoins de l'entourage sont identifiés et des actions d'accompagnement peuvent être proposées (solutions d'hébergement et d'hôtellerie, accompagnement psychologique, soutien par le ministre du culte...) Le comité éthique de l'établissement créé en 2010 peut également intervenir à la demande des professionnels et se réunir lors de situations difficiles et ponctuelles.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Des formations en lien avec la prise en charge des patients en fin de vie sont proposées aux professionnels. Ces formations sur l'accompagnement en fin de vie et les soins palliatifs sont inscrites au plan de formation de l'établissement, de plus une formation interne est réalisée par une IDE, titulaire du Du Soins palliatifs, intitulée "de la formation douleur à l'accompagnement de fin de vie".

Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions de synthèse (médecins, cadre, IDE, AS, ASH, diététicienne...) sont organisées, permettant de réévaluer les stratégies de soins mises en place. Ces réunions permettent d'assurer la compréhension par tous des enjeux et des objectifs poursuivis. Les décisions collégiales prises sont intégrées au dossier du patient. Dans certains cas, le comité éthique ou l'équipe mobile de gériatrie peuvent être sollicités.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	Oui	Des actions de soutien sont organisées notamment : - des groupes de parole, (mis en place depuis 2011) sont organisés pour les soignants, une fois par trimestre par la psychologue et l'infirmier de l'équipe mobile de gériatrie. Les soignants peuvent également solliciter un entretien individuel. - le groupe de soins palliatifs peut se réunir lors de situations difficiles, en réponse aux professionnels et - le comité éthique peut également à partir de saisine proposée par les professionnels se réunir pour apporter un soutien psychologique aux professionnels confrontés à des prises en charges spécifiques.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	En grande partie	Lors de la formation "Combiner démarche qualité, gestion des risques, évaluation des pratiques professionnelles, respect des droits des usagers" une présentation des directives anticipées est réalisée. D'autres actions de sensibilisation ponctuelles ont été menées dans l'établissement en 2012 (Stand d'information lors de la journée mondiale des soins palliatifs, réunions d'instances...). La formation des professionnels sur les différents aspects de la loi Leonetti est programmée.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Partiellement	L'établissement accepte les associations d'accompagnement et de leur bénévoles mais à ce jour, malgré des sollicitations, il ne dispose pas de bénévoles. Il n'a donc pas formalisé de convention.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>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.).</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Une évaluation de la prise en charge en soins palliatifs est faite en équipe lors du décès d'un patient. Le comité éthique est quelquefois, intégrée aux évaluations de cas de patients. Toutefois, il n'y a pas de structuration du dispositif d'évaluation de la prise en charge en fin de vie .</p>
<p>Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.</p>	<p>Oui</p>	<p>La réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements est menée lors des staffs pluridisciplinaires en lien avec l'équipe mobile de gériatrie et le comité éthique.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'évaluation du dispositif de prise en charge des patients en fin de vie n'est pas structurée mais des actions d'amélioration ont été proposées et sont en cours de mise en oeuvre .</p>

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	<p>Les informations relatives au patient sont consignées dans un dossier informatisé et dans un support écrit pour des informations non encore informatisées. Le dossier patient fait l'objet d'une procédure et d'un dossier type harmonisé, structuré de manière uniforme pour la totalité des services de l'établissement.</p> <p>L'information des professionnels est assurée par une procédure diffusée dans chaque unité et disponible sur le système de gestion documentaire informatisé. Un dossier type est disponible dans chaque unité de même qu'un mode d'emploi des feuillets du dossier patient harmonisé. Ces documents fixent les règles de tenue du dossier.</p> <p>Les professionnels sont tenus informés des règles mises en place à l'occasion de leur accueil dans l'établissement et dans chaque service par des référents.</p>	
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou d'hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et	Oui	<p>Une procédure définit les règles d'accès au dossier informatisé et au dossier papier. Elle explicite les modalités d'accès aux données antérieurement saisies sous informatique dans le cadre des habilitations appliquées dans</p>	

diffusées.	Oui	l'établissement. Les dossiers papiers archivés font aussi l'objet d'une procédure disponibles dans les unités de soins et dans le système de gestion documentaire. Il en est de même pour les dossiers de consultation antérieurs.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "tenue du dossier du patient" et de sa valeur de 81 avec un intervalle de confiance à 95%= [78-84] pour la campagne 2011.
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 éléments constitutifs du dossier informatisé sont disponibles en temps réel pour les professionnels de l'établissement en fonction de leur habilitation. Le dossier papier est disponible dans le service pendant la phase d'hospitalisation puis au secrétariat puis au service central des archives où tous les séjours et consultations sont réunis. A la sortie du patient, il est systématiquement établi une fiche de liaison infirmière et une lettre de sortie.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "tenue du dossier patient". Il a mis en oeuvre une autre modalité d'évaluation : augmentation de la fréquence du recueil des indicateurs IPAQSS afin d'avoir des comparaisons d'évolution annuelle.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	La fréquence annuelle de recueil des indicateurs IPAQSS permet d'identifier les facteurs d'amélioration. Un plan d'actions est élaboré et suivi par le service qualité.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Les informations relatives au patient sont consignées dans un dossier informatisé et dans un support écrit pour des informations non encore informatisées. Le dossier patient fait l'objet d'une procédure et d'un dossier type harmonisé, structuré de manière uniforme pour la totalité des services de l'établissement. L'information des professionnels est assurée par une procédure diffusée dans chaque unité et disponible sur le système de gestion documentaire informatisé. Un dossier type est disponible dans chaque unité de même qu'un mode d'emploi des feuillets du dossier patient harmonisé. Ces documents fixent les règles de tenue du dossier. Les professionnels sont tenus informés des règles mises en place à l'occasion de leur accueil dans l'établissement et dans chaque service par des référents.

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

Oui

Une procédure définit les règles d'accès au dossier informatisé et au dossier papier. Elle explicite les modalités d'accès aux données antérieurement saisies sous informatique dans le cadre des habilitations appliquées dans l'établissement. Les dossiers papiers archivés font aussi

	Oui	l'objet d'une procédure disponibles dans les unités de soins et dans le système de gestion documentaire. Il en est de même pour les dossiers de consultation antérieurs.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Partiellement	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "tenue du dossier du patient" et de sa valeur de 56 avec un intervalle de confiance à 95%=[51-60] pour la campagne 2011.
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 éléments constitutifs du dossier informatisé sont disponibles en temps réel pour les professionnels de l'établissement en fonction de leur habilitation. Seule la partie circuit du médicament est utilisée systématiquement par le personnel médical et soignant mais le dossier papier est disponible dans le service pendant la phase d'hospitalisation puis disponible au secrétariat puis au service central des archives où tous les séjours et consultations sont réunis. A la sortie du patient, il est systématiquement établi une fiche de liaison infirmière et une lettre de sortie.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "tenue du dossier patient". Il a mis en oeuvre une autre modalité d'évaluation : augmentation de la fréquence du recueil des indicateurs IPAQSS afin d'avoir des comparaisons d'évolution annuelle.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	La fréquence annuelle de recueil des indicateurs IPAQSS permet d'identifier les facteurs d'amélioration. Un plan d'actions est établi et suivi par le service qualité.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Les informations relatives au patient sont consignées dans un dossier informatisé et dans un support écrit pour des informations non encore informatisées. Le dossier patient fait l'objet d'une procédure et d'un dossier type harmonisé, structuré de manière uniforme pour la totalité des services de l'établissement. L'information des professionnels est assurée par une procédure diffusée dans chaque unité et disponible sur le système de gestion documentaire informatisé. Un dossier type est disponible dans chaque unité de même qu'un mode d'emploi des feuillets du dossier patient harmonisé. Ces documents fixent les règles de tenue du dossier. Les professionnels sont tenus informés des règles mises en place à l'occasion de leur accueil dans l'établissement et dans chaque service par des référents.

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

Oui

Une procédure définit les règles d'accès au dossier informatisé et au dossier papier. Elle explicite les modalités d'accès aux données antérieurement saisies sous informatique dans le cadre des habilitations appliquées dans l'établissement. Les dossiers papiers archivés font aussi

	Oui	l'objet d'une procédure disponibles dans les unités de soins et dans le système de gestion documentaire. Il en est de même pour les dossiers de consultation antérieurs.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "tenue du dossier du patient" et de sa valeur de 54 avec un intervalle de confiance à 95%=[50-57] pour la campagne 2011.
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 éléments constitutifs du dossier informatisé sont disponibles en temps réel pour les professionnels de l'établissement en fonction de leur habilitation. Le dossier papier est disponible dans le service pendant la phase d'hospitalisation puis au secrétariat et enfin au service central des archives où tous les séjours et consultations sont réunis. A la sortie du patient, il est systématiquement établi une fiche de liaison infirmière et une lettre de sortie.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "tenue du dossier patient". Il a mis en oeuvre une autre modalité d'évaluation : augmentation de la fréquence du recueil des indicateurs IPAQSS afin d'avoir des comparaisons d'évolution annuelle.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	La fréquence annuelle de recueil des indicateurs IPAQSS permet d'identifier les facteurs d'amélioration. Un plan d'action est suivi par le service qualité. Les principales dernières améliorations portent sur l'examen d'entrée renseigné, l'évaluation de l'autonomie, l'évaluation sociale, le projet thérapeutique, traçabilité des réunions pluridisciplinaires.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Les informations relatives au patient sont consignées dans un dossier informatisé et dans un support écrit pour des informations non encore informatisées. Le dossier patient fait l'objet d'une procédure et d'un dossier type harmonisé, structuré de manière uniforme pour la totalité des services de l'établissement. L'information des professionnels est assurée par une procédure diffusée dans chaque unité et disponible sur le système de gestion documentaire informatisé. Un dossier type est disponible dans chaque unité de même qu'un mode d'emploi des feuillets du dossier patient harmonisé. Ces documents fixent les règles de tenue du dossier. Les professionnels sont tenus informés des règles mises en place à l'occasion de leur accueil dans l'établissement et dans chaque service par des référents.

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

Oui

Une procédure définit les règles d'accès au dossier informatisé et au dossier papier. Elle explicite les modalités d'accès aux données antérieurement saisies sous informatique dans le cadre des habilitations appliquées dans l'établissement. Les dossiers papiers archivés font aussi

	Oui	l'objet d'une procédure disponibles dans les unités de soins et dans le système de gestion documentaire. Il en est de même pour les dossiers de consultation antérieurs.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	L'organisation du dossier patient papier et ses modalités d'accès aux professionnels garantissent la possibilité d'assurer une traçabilité des éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient. L'établissement utilise l'Instrument Global de la Qualité des Soins Infirmiers pour le suivi évaluatif du dossier.
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 éléments constitutifs du dossier informatisé sont disponibles en temps réel pour les professionnels de l'établissement en fonction de leur habilitation. Le dossier papier est disponible dans le service pendant la phase d'hospitalisation puis disponible au secrétariat puis au service central des archives où tous les séjours et consultations sont réunis. A la sortie du patient, il est systématiquement établi une fiche de liaison infirmière et une lettre de sortie.
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	Le dossier est régulièrement évalué sur la base de l'Instrument Global d'Evaluation Qualité Soins Infirmiers depuis 1999. Les parties autres qu'infirmières ne sont pas évaluées et il n'existe pas d'indicateurs.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les évaluations IGEQSI induisent des plan d'amélioration.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'établissement a mis en place une organisation permettant l'accès du dossier par le patient ou ses ayants droits. Cette organisation fait l'objet d'une procédure conforme à la réglementation. Cette procédure intègre les dispositions spécifiques relatives à la psychiatrie et aux ayants droits. Les demandes sont transmises au directeur puis au service qualité / gestion des risques qui suit le dossier sur le plan du respect des délais, de éligibilité de la demande. Le médecin concerné traite ensuite la demande.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'information du patient est assurée par le livret d'accueil du patient, une affiche CRUQ, le site internet de l'établissement. Des formulaires de demande pré remplis sont tenus à leur disposition.

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

Oui

Toutes les demandes font l'objet d'une transcription sur un registre avec notamment un suivi des délais de réponse (une dizaine par an). Les délais de réponse sont tous conformes à la réglementation. La Délégation de la Qualité a en charge le suivi de ces délais.

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 de transmissions sont inférieurs aux délais légaux (5 jours pour les dossiers de moins de 5 ans).
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	La CRU est tenue informée à chaque réunion du nombre de demandes et des délais de transmission.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'établissement a mis en place une organisation permettant l'accès du dossier par le patient ou ses ayants droits. Cette organisation générale pour l'établissement fait l'objet d'une procédure conforme à la réglementation. Cette procédure intègre les dispositions spécifiques relatives à la psychiatrie et aux ayants droits. Les demandes sont transmises au directeur puis au service qualité / gestion des risques qui suit le dossier sur le plan du respect des délais, de éligibilité de la demande. Le médecin concerné traite ensuite la demande.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'information du patient est assurée par le livret d'accueil du patient, une affiche CRUQ, le site internet de l'établissement. Des formulaires de demande pré remplis sont tenus à leur disposition.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Toutes les demandes font l'objet d'une transcription sur un registre avec notamment un suivi des délais de réponse (une dizaine par an). Les délais de réponse sont tous conformes à la réglementation. La Délégation de la Qualité a en charge le suivi de ces délais.
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 de transmissions sont inférieurs aux délais légaux (5 jours pour les dossiers de moins de 5 ans).
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	La CRU est tenue informée à chaque réunion du nombre de demandes et des délais de transmission.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'établissement a mis en place une organisation permettant l'accès du dossier par le patient ou ses ayants droits. Cette organisation générale pour l'établissement fait l'objet d'une procédure conforme à la réglementation. Cette procédure intègre les dispositions spécifiques relatives à la psychiatrie et aux ayants droits. Les demandes sont transmises au directeur puis au service qualité / gestion des risques qui suit le dossier sur le plan du respect des délais, de l'éligibilité de la demande. Le médecin concerné traite ensuite la demande.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'information du patient est assurée par le livret d'accueil du patient, une affiche CRUQ, le site internet de l'établissement. Des formulaires de demande pré remplis sont tenus à leur disposition.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Toutes les demandes font l'objet d'une transcription sur un registre avec notamment un suivi des délais de réponse (une dizaine par an). Les délais de réponse sont tous conformes à la réglementation. La Délégation de la Qualité a en charge le suivi de ces délais.
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 de transmissions sont inférieurs aux délais légaux (5 jours pour les dossiers de moins de 5 ans).
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	La CRU est tenue informée à chaque réunion du nombre de demandes et des délais de transmission.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'établissement a mis en place une organisation permettant l'accès du dossier par le patient ou ses ayants droits. Cette organisation générale pour l'établissement fait l'objet d'une procédure conforme à la réglementation. Cette procédure intègre les dispositions spécifiques relatives à la psychiatrie et aux ayants droits. Les demandes sont transmises au directeur puis au service qualité / gestion des risques qui suit le dossier sur le plan du respect des délais, de l'éligibilité de la demande. Le médecin concerné traite ensuite la demande.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'information du patient est assurée par le livret d'accueil du patient, une affiche CRUQ, le site internet de l'établissement. Des formulaires de demande pré remplis sont tenus à leur disposition.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Toutes les demandes font l'objet d'une transcription sur un registre avec notamment un suivi des délais de réponse (une dizaine par an). Les délais de réponse sont tous conformes à la réglementation. La Délégation de la Qualité a en charge le suivi de ces délais.
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 de transmissions sont inférieurs aux délais légaux (5 jours pour les dossiers de moins de 5 ans).
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	La CRU est tenue informée à chaque réunion du nombre de demandes et des délais de transmission.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Une organisation permettant de fiabiliser l'identification du patient fonctionne dans l'établissement. Une cellule d'identito-vigilance a été mise en place récemment et est opérationnelle. Une charte d'identification a été rédigée et validée. Les processus d'identification sont cohérents par rapport au circuit du patient, les acteurs clés et les points critiques sont identifiés (accueil administratif, secrétaires médicales, personnel soignants). Pour chacun de ces acteurs des dispositions particulières sont arrêtées (sensibilisation, formation, référents identito-vigilants, procédures....)de même que pour le traitement des anomalies.

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

Les personnels de l'accueil administratif et les soignants sont formés par un référent au processus qu'ils doivent appliquer. Cet accompagnement s'appuie sur une procédure fixant notamment les modalités de vérification de l'identité et les conduites à tenir en cas de difficultés. Certains agents d'accueil ont suivi une formation sur l'identito-vigilance dans le cadre de la prise en main du logiciel de gestion

	En grande partie	administrative de l'établissement. Une sensibilisation des nouveaux arrivants est réalisée lors des journées de regroupement. Un support pédagogique a été créé à cet effet. Une campagne d'information a été réalisée sous forme d'affichage. Il n'existe toutefois pas de plan de formation global et structuré sur le domaine de l'identito-vigilance.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Les 5 personnels administratifs connaissent et mettent en œuvre les procédures applicables et la fiche de bonne pratique d'identification élaborée par l'établissement.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	Une procédure de vérification de l'identité est établie pour les secteurs cliniques, cette procédure est disponible dans les unités. Elle fixe des règles adaptées à la nature des actes réalisés. La pose de bracelets d'identification pour les personnes "à risque" a été débattue en commission de l'éthique et l'établissement a opté pour cette solution uniquement après accord des médecins. Une présentation des enjeux de l'identito-vigilance a été faite en CSIRMT. La vérification de l'identité n'est toutefois pas traçée.
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.	Oui	La cellule d'identito-vigilance a procédé à une analyse complète de l'existant à partir de l'"outil d'évaluation et d'identification du patient" du GMSIH. La cellule d'identito-vigilance a fixé des critères de suivi et d'évaluation (nombre d'identités approchantes, nombre doublons, nombre de fusions). Elle analyse systématiquement les erreurs et anomalies constatées.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.	Oui	Une organisation permettant de fiabiliser l'identification du patient fonctionne dans l'établissement. Une cellule d'identito-vigilance a été mise en place récemment et est opérationnelle. Une charte d'identification a été rédigée et validée. Les processus d'identification sont cohérents par rapport au circuit du patient, les acteurs clés et les points critiques sont identifiés (accueil administratif, secrétaires médicales, personnel soignants). Pour chacun de ces acteurs des dispositions particulières sont arrêtées (sensibilisation, formation, référents identito-vigilants, procédures....)de même que pour le traitement des anomalies.
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	Les personnels de l'accueil administratif et les soignants sont formés par un référent au processus qu'ils doivent appliquer. Cet accompagnement s'appuie sur une procédure fixant notamment les modalités de vérification de l'identité et les conduites à tenir en cas de difficultés. Certains agents d'accueil ont suivi une formation sur l'identito-vigilance dans le cadre de la prise en main du logiciel de gestion

	En grande partie	administrative de l'établissement. Une sensibilisation des nouveaux arrivants est réalisée lors des journées de regroupement. Un support pédagogique a été créé à cet effet. Une campagne d'information a été réalisée sous forme d'affichage. Il n'existe toutefois pas de plan de formation global et structuré sur le domaine de l'identito-vigilance.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Les 5 personnels administratifs connaissent et mettent en œuvre les procédures applicables et la fiche de bonne pratique d'identification élaborée par l'établissement.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	Une procédure de vérification de l'identité est établie pour les secteurs cliniques, cette procédure est disponible dans les unités. Elle fixe des règles adaptées à la nature des actes réalisés. La pose de bracelets d'identification pour les personnes "à risque" a été débattue en commission de l'éthique et l'établissement a opté pour cette solution uniquement après accord des médecins. Une présentation des enjeux de l'identito-vigilance a été faite en CSIRMT. La vérification de l'identité n'est toutefois pas traçée.
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.	Oui	La cellule d'identito-vigilance a procédé à une analyse complète de l'existant à partir de l'"outil d'évaluation et d'identification du patient" du GMSIH. La cellule d'identito-vigilance a fixé des critères de suivi et d'évaluation (nombre d'identités approchantes, nombre doublons, nombre de fusions). Elle analyse systématiquement les erreurs et anomalies constatées.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.	Oui	Une organisation permettant de fiabiliser l'identification du patient fonctionne dans l'établissement. Une cellule d'identito-vigilance a été mise en place récemment et est opérationnelle. Une charte d'identification a été rédigée et validée. Les processus d'identification sont cohérents par rapport au circuit du patient, les acteurs clés et les points critiques sont identifiés (accueil administratif, secrétaires médicales, personnel soignants). Pour chacun de ces acteurs des dispositions particulières sont arrêtées (sensibilisation, formation, référents identito-vigilants, procédures....)de même que pour le traitement des anomalies.
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	Les personnels de l'accueil administratif et les soignants sont formés par un référent au processus qu'ils doivent appliquer. Cet accompagnement s'appuie sur une procédure fixant notamment les modalités de vérification de l'identité et les conduites à tenir en cas de difficultés. Certains agents d'accueil ont suivi une formation sur l'identito-vigilance dans le cadre de la prise en main du logiciel de gestion

	En grande partie	administrative de l'établissement. Une sensibilisation des nouveaux arrivants est réalisée lors des journées de regroupement. Un support pédagogique a été créé à cet effet. Une campagne d'information a été réalisée sous forme d'affichage. Il n'existe toutefois pas de plan de formation global et structuré sur le domaine de l'identito-vigilance.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Les 5 personnels administratifs connaissent et mettent en œuvre les procédures applicables et la fiche de bonne pratique d'identification élaborée par l'établissement.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	Une procédure de vérification de l'identité est établie pour les secteurs cliniques, cette procédure est disponible dans les unités. Elle fixe des règles adaptées à la nature des actes réalisés. La pose de bracelets d'identification pour les personnes "à risque" a été débattue en commission de l'éthique et l'établissement a opté pour cette solution uniquement après accord des médecins. Une présentation des enjeux de l'identito-vigilance a été faite en CSIRMT. La vérification de l'identité n'est toutefois pas traçée.
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.	Oui	La cellule d'identito-vigilance a procédé à une analyse complète de l'existant à partir de l'"outil d'évaluation et d'identification du patient" du GMSIH. La cellule d'identito-vigilance a fixé des critères de suivi et d'évaluation (nombre d'identités approchantes, nombre doublons, nombre de fusions). Elle analyse systématiquement les erreurs et anomalies constatées.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Une organisation permettant de fiabiliser l'identification du patient fonctionne dans l'établissement. Une cellule d'identito-vigilance a été mise en place récemment et est opérationnelle. Une charte d'identification a été rédigée et validée. Les processus d'identification sont cohérents par rapport au circuit du patient, les acteurs clés et les points critiques sont identifiés (accueil administratif, secrétaires médicales, personnel soignants). Pour chacun de ces acteurs des dispositions particulières sont arrêtées (sensibilisation, formation, référents identito-vigilants, procédures....)de même que pour le traitement des anomalies.

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

Les personnels de l'accueil administratif et les soignants sont formés par un référent au processus qu'ils doivent appliquer. Cet accompagnement s'appuie sur une procédure fixant notamment les modalités de vérification de l'identité et les conduites à tenir en cas de difficultés. Certains agents d'accueil ont suivi une formation sur l'identito-vigilance dans le cadre de la prise en main du logiciel de gestion

	En grande partie	administrative de l'établissement. Une sensibilisation des nouveaux arrivants est réalisée lors des journées de regroupement. Un support pédagogique a été créé à cet effet. Une campagne d'information a été réalisée sous forme d'affichage. Il n'existe toutefois pas de plan de formation global et structuré sur le domaine de l'identito-vigilance.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Les 5 personnels administratifs connaissent et mettent en œuvre les procédures applicables et la fiche de bonne pratique d'identification élaborée par l'établissement.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	Une procédure de vérification de l'identité est établie pour les secteurs cliniques, cette procédure est disponible dans les unités. Elle fixe des règles adaptées à la nature des actes réalisés. La pose de bracelets d'identification pour les personnes "à risque" a été débattue en commission de l'éthique et l'établissement a opté pour cette solution uniquement après accord des médecins. Une présentation des enjeux de l'identito-vigilance a été faite en CSIRMT. La vérification de l'identité n'est toutefois pas traçée.
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.	Oui	La cellule d'identito-vigilance a procédé à une analyse complète de l'existant à partir de l'"outil d'évaluation et d'identification du patient" du GMSIH. La cellule d'identito-vigilance a fixé des critères de suivi et d'évaluation (nombre d'identités approchantes, nombre doublons, nombre de fusions). Elle analyse systématiquement les erreurs et anomalies constatées.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

B

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

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

En grande partie

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

En grande partie

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

Oui

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

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

Oui

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

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

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	Partiellement	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	Partiellement	
Des dispositions sont prises, afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

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

Référence 16: l'accueil du patient**Critère 16.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Dispositif d'accueil du patient**

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

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

Référence 16: l'accueil du patient**Critère 16.a - Soins de longue durée
Dispositif d'accueil du patient**

Cotation		
	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.	Oui	
Des dispositions sont prises, afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

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

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

Critère 17.a - Court Séjour

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

Cotation		
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	Les services de Médecine et d'Alcoologie ne reçoivent pas de patients hospitalisés sans consentement ni de détenus
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	Oui	

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

Critère 17.a - Santé mentale

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

Cotation		
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.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

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

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

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

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

Cotation		
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	Le service de SSR ne reçoit pas de patients hospitalisés sans consentement ni de détenus.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	Oui	

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

Critère 17.a - Soins de longue durée

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

Cotation		
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'Unité de soins de longue durée n'accueille pas de patients hospitalisés sans consentement ni de détenus.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	

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

Critère 17.b
Prise en charge somatique des patients



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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge somatique est formalisé.

Oui

La présence des médecins somaticiens est organisée, un entretien médical d'entrée est systématiquement mené, permettant l'identification des besoins somatiques du patient hospitalisé, les examens complémentaires sont prescrits, une échelle de dépendance est réalisée par l'infirmier. Les objectifs de soins sont déterminés par l'équipe pluri professionnelle. Il peut être fait appel aux médecins spécialistes diabétologues et endocrinologues de médecine, aux spécialistes libéraux (dentiste, ophtalmologie, dermatologie, et neurologie). Des conventions sont signées avec un cardiologue, et un radiologue pour la mise à disposition de scanner.

Le Projet Médical 2012-2016 comprend pour la psychiatrie adulte deux axes :

- améliorer les liens avec les médecins généralistes.
- réaffirmer la place de l'abord somatique et améliorer l'espérance de vie par la prévention des comorbidités.

La présence des médecins somaticiens sera renforcée par un praticien hospitalier somaticien qui a été recruté avec prise de poste en septembre 2013.

	Oui	
Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.	En grande partie	Des conventions sont en place pour obtenir des avis spécialisés : cardiologue, endocrino-diabétologie. Les patients sont adressés si besoin à la Polyclinique d'Hénin-Beaumont avec laquelle le Centre Hospitalier a établi une convention de coopération pour les urgences et les spécialités non disponibles sur le Centre Hospitalier d'Hénin-Beaumont). Des avis peuvent être pris auprès de consultants extérieurs, sans contrat formalisé.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.	Oui	Les patients entrants sont vus par le médecin somaticien dans les 24 heures qui suivent leur admission. Cet examen est tracé dans le dossier informatisé.
Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.	Oui	Un examen somatique est réalisé au cours du séjour en fonction de l'état de santé du patient et est tracé dans le dossier. Le rythme des consultations est prédéfini avec le médecin généraliste en fonction de l'état de santé du patient.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	Des indicateurs ont été définis dans le Projet Médical de psychiatrie 2012-2016 et dans certaines EPP concernant le secteur psychiatrique, mais l'évaluation des indicateurs sur la prise en charge somatique en psychiatrie est débutante.

Référence 18: La continuité et la coordination des soins**Critère 18.a - Court Séjour****Continuité et coordination de la prise en charge des patients**

Cotation		
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 pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	En grande partie	
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.	En grande partie	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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



Cotation

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

La fiche technique "permanence des soins 24H/24", validée par le Président de la CME, définit le système de gardes et astreintes permettant d'assurer la permanence des soins 24H/24 et 7J/7. La présence des médecins du secteur santé mentale est définie dans la fiche technique "organisation médicale Clinique Fleury Joseph Crépin" et dans la fiche "fonctionnement BAO (bureau d'accueil et d'orientation). La Commission de la Permanence Pharmaceutique et Médicale établit les tableaux de gardes et astreintes qui sont disponibles, diffusés aux professionnels concernés et actualisés.

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

La coordination des soins est réalisée par des réunions de concertation, des réunions de synthèse dans les services ainsi que par des réunions de fonctionnement interunité. En psychiatrie infanto-juvénile une EPP(staff EPP) est en place. Ce staff permet de formaliser un protocole de traitement des situations complexes. Un travail de coordination est effectué avec l'équipe mobile

	Oui	"précarité et santé mentale". Il permet de sensibiliser des patients à leur pathologie et à les amener aux soins psychiatriques intersectoriels.
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	En grande partie	Des modalités de transmissions d'informations écrites ou orales sont définies mais ne sont pas reprises dans un document formalisé. Il s'agit de courriers de transferts et de fiches de liaison. Un professionnel paramédical du service d'hospitalisation complète accompagne le patient lors de sa prise en charge en Hôpital de Jour ou au CATTP notamment, permettant la transmission d'informations lors de ces prises en charge.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	En grande partie	En interne, la coordination des soins est réalisée par des réunions de concertation, des réunions de synthèse dans les services ainsi que par des réunions de fonctionnement inter-unité. Des modalités de collaboration avec les urgences de Polyclinique d'Hénin-Beaumont sont facilitées par la présence de l'équipe d'urgence psychiatrique délocalisée au sein de cet établissement. Les modalités de collaboration avec les services médico-techniques (Pharmacie et Imagerie) et les services logistiques (restauration, blanchisserie) existent, mais ne sont pas formalisées.
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	En grande partie	Des avis spécialisés peuvent être demandés : - auprès des médecins du pôle médecine, notamment en endocrino-diabétologie - auprès des équipes mobiles de psychiatrie et de de gériatrie et d'alcoologie - avec les spécialistes libéraux (dentistes, ophtalmologie, dermatologie, dermatologie, neurologue). - avec les médecins généralistes des patients, notamment lors des hospitalisations en HDJ. L'intervention de kinésithérapeutes, de diététicien ou de

	En grande partie	pédicure en poste dans d'autres services peut être obtenue. Ces fonctionnements ne sont pas formalisés.
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	Pour chaque patient il existe des référents : médecin, IDE, assistante sociale. Les référents sont clairement identifiés. Leur nom est indiqué dans le dossier du patient. Ils sont connus du patient et de leurs proches.
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.	En grande partie	Il n'y a pas eu de déclaration d'évènement indésirable relatif à la continuité et à la coordination de la prise en charge en santé mentale qui aurait amené à l'identification d'actions correctrices. Il est prévu que la Commission de la Permanence Pharmaceutique et Médicale ait en charge l'évaluation des mécanismes de continuité et d'organisation de la prise en charge.

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Soins de suite et/ou de réadaptation Continuité et coordination de la prise en charge des patients

Cotation		
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 pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

Cotation		
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 pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des 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 - Court Séjour

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.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	En grande partie	Un chariot d'urgence et un défibrillateur sont disponibles dans les salles de soins. Le chariot d'urgence est vérifié après chaque utilisation et en systématique une fois par trimestre pour les périmés. Une vérification complète est faite tous les ans.

	En grande partie	Le défibrillateur est contrôlé visuellement tous les jours (voyant lumineux clignotant). Une vérification trimestrielle est réalisée. La traçabilité de la vérification visuelle du défibrillateur n'est pas tracée.
La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Partiellement	

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

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Partiellement	
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.	En grande partie	

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Partiellement	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

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

Cotation		
	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.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	En grande partie	Il existe une procédure "gestion du chariot d'urgence". Un chariot d'urgence et un défibrillateur sont disponibles dans les salles de soins. Le chariot d'urgence est vérifié après chaque utilisation et en systématique une fois par trimestre pour les périmés. Une

	En grande partie	vérification complète complète est faite tous les ans. Le défibrillateur est contrôlé visuellement tous les jours (voyant lumineux clignotant). Une vérification trimestrielle est réalisée. La traçabilité de la vérification visuelle du défibrillateur n'est pas tracée.
La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Partiellement	Des évaluations informelles sont effectuées sur la prise en charge des urgences vitales par exemple sur le chariot d'urgence ou le défibrillateur... L'établissement aura à réfléchir sur la formalisation de l'évaluation de la prise en charge des urgences vitales et l'élaboration des mesures qui en découleront de cette évaluation.

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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Oui	
Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	Oui	

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

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		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - 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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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		
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		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes démunies

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA		Constats
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA		Constats
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA		Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	Oui	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 95% avec un intervalle de confiance de 95% = [90%-100%] pour la campagne de recueil 2011.

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.b - Santé mentale
Troubles de l'état nutritionnel



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	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.	En grande partie	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Partiellement	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 18% avec un intervalle de confiance de 95% = [8%-28%] pour la campagne de recueil 2011.

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

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.

Partiellement

Compte-tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 31% avec un intervalle de confiance de 95% = [21%-41%] pour la campagne de recueil 2011.

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Oui

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Court Séjour 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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Santé mentale Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	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.	En grande partie	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Soins de suite et/ou de réadaptation Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	En grande partie	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	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.c - Soins de longue durée Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation		
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.	Oui	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	En grande partie	
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		B	
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.	En grande partie		
Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Une sensibilisation et une formation des professionnels à ces modalités d'hospitalisation sont mises en place.	Oui		
Des procédures d'hospitalisation sans consentement sont mises en oeuvre.	Oui		

L'adhésion du patient à sa prise en charge est recherchée, tout au long de son hospitalisation.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	
La CRU est tenue informée de l'ensemble des dysfonctionnements survenus au cours de la totalité du processus d'hospitalisation sans consentement, jusqu'à la levée de la mesure et des visites de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).	Partiellement	

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Court Séjour
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 d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient a été définie en concertation avec les professionnels de l'établissement. Elle tient compte des actions de bon usage, du résultat des différents contrôles. Elle intègre la prévention des risques, la formation des professionnels, et définit des actions d'amélioration.

La procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux" date du 20/12/2012. Elle décrit les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse.

Le Projet d'Etablissement 2012-2016 comprend un volet dédié au projet du service pharmacie.

La sécurisation du circuit du médicament est un axe du projet qualité de la CME, du projet de la pharmacie et du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le CBUM 2011-2015 développe des chapitres sur l'amélioration et la sécurisation du médicament, le développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau, les engagements spécifiques liés aux produits coûteux et la procédure d'autoévaluation.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est intégré dans le schéma directeur du système d'information. La prise en charge médicamenteuse est informatisée sur toutes les prises en charge MCO, SSR, SM, SLD.
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	Des outils d'aide actualisés et validés sont mis à la disposition du personnel. Le logiciel de prescription est interfacé avec le VIDAL informatique. Le livret thérapeutique régulièrement actualisé est à la disposition des prescripteurs.
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	Des actions de sensibilisation et de formation aux risques d'erreurs médicamenteuses ont été menées dans l'établissement. Une sensibilisation des professionnels de la CME a été menée en juin 2011 lors de la présentation de l'arrêté du 06/04/2011. Un diaporama intitulé "déclaration des erreurs médicamenteuses" a été présenté aux cadres de santé en mai 2011. Les professionnels de l'établissement ont été sensibilisés lors de la semaine de la sécurité des soins en novembre 2011. Le Pharmacien responsable du service et une préparatrice et la chargée de mission qualité ont suivi en mai 2011 une formation de deux jours intitulée "prévention des erreurs médicamenteales évitables".
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse sont informatisées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.</p>	<p>Oui</p>	<p>La prise en charge au sein de l'établissement fait l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif. Des indicateurs ont été définis et suivis dans le cadre du CBUM. Le recueil s'effectue deux fois par an à l'occasion du recueil intermédiaire et du rapport annuel. La traçabilité des prescriptions est suivie lors du recueil des indicateurs IPAQSS.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une fiche de déclaration des erreurs médicamenteuses. Il est à la disposition des professionnels concernés. Les déclarations sont adressées à la pharmacie. Les erreurs sont analysées par le pharmacien avec les professionnels concernés. Une instruction de la DGOS du 28/10/2012 relative à l'organisation de retour d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge en établissement de santé a été présentée lors de la CME du 10/12/2012.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des actions d'améliorations ont été menées à la suite de l'analyse des erreurs médicamenteuses. On peut citer la rédaction de la fiche technique "utilisation des extracteurs à aiguilles d'insuline" rédigée après la survenue d'AES, la fiche technique "modalités de conservation des spécialités orales/liquides et/ou reconstituées après ouverture". Le logiciel de prescription "Infusion" a été modifié à la suite de l'audit réalisé lors du bilan du CBUM (la prescription en DCI a été rendue possible, le nom complet du prescripteur doit obligatoirement être indiqué, les causes de non administration sont à renseigner). L'étude des dépannages en médicament et en dispositifs médicaux a amené à l'organisation de la dispensation nominative des médicaments. Un axe d'amélioration sur la structuration de la mise en oeuvre des actions d'amélioration et sur la rétro-information des professionnels a été repéré par l'établissement.</p>

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient a été définie en concertation avec les professionnels de l'établissement. Elle tient compte des actions de bon usage, du résultat des différents contrôles. Elle intègre la prévention des risques, la formation des professionnels, et définit des actions d'amélioration.

La procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux" date du 20/12/2012. Elle décrit les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse.

Le Projet d'Etablissement 2012-2016 comprend un volet dédié au projet du service Pharmacie

La sécurisation du circuit du médicament est un axe du projet qualité de la CME, du projet de la pharmacie et du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le CBUM 2011-2015 développe des chapitres sur l'amélioration et la sécurisation du médicament, le développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau, les engagements spécifiques liés aux produits coûteux et la procédure d'autoévaluation.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est intégré dans le schéma directeur du système d'information. la prise en charge médicamenteuse est informatisée sur toutes les prises en charge MCO, SSR, SM, SLD.
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	Des outils d'aide actualisés et validés sont mis à la disposition du personnel. Le logiciel de prescription est interfacé avec le VIDAL informatique. Le livret thérapeutique régulièrement actualisé est à la disposition des prescripteurs.
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	Des actions de sensibilisation et de formation aux risques d'erreurs médicamenteuses ont été menées dans l'établissement. Une sensibilisation des professionnels de la CME a été menée en juin 2011 lors de la présentation de l'arrêté du 06/04/2011. Un diaporama intitulé "déclaration des erreurs médicamenteuses" a été présenté aux cadres de santé en mai 2011. Les professionnels de l'établissement ont été sensibilisés lors de la semaine de la sécurité des soins en novembre 2011. Le Pharmacien responsable du service et une préparatrice et la chargée de mission qualité ont suivi en mai 2011 une formation de deux jours intitulée "prévention des erreurs médicamenteuses évitables".
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse sont informatisées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.</p>	<p>Oui</p>	<p>La prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement fait l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif. Des indicateurs ont été définis et suivis dans le cadre du CBUM. Le recueil s'effectue deux fois par an à l'occasion du recueil intermédiaire et du rapport annuel. La traçabilité des prescriptions est suivie lors du recueil des indicateurs IPAQSS.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une fiche de déclaration des erreurs médicamenteuses. Il est à la disposition des professionnels concernés. Les déclarations sont adressées à la pharmacie. Les erreurs sont analysées par le pharmacien avec les professionnels concernés. Une instruction de la DGOS du 28/10/2012 relative à l'organisation de retour d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge en établissement de santé a été présentée lors de la CME du 10/12/2012.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des actions d'améliorations ont été menées à la suite de l'analyse des erreurs médicamenteuses. On peut citer la rédaction de la fiche technique "utilisation des extracteurs à aiguilles d'insuline" rédigée après la survenue d'AES, la fiche technique "modalités de conservation des spécialités orales/liquides et/ou reconstituées après ouverture". Le logiciel de prescription "Infusion" a été modifié à la suite de l'audit réalisé lors du bilan du CBUM (la prescription en DCI a été rendue possible, le nom complet du prescripteur doit obligatoirement être indiqué, les causes de non administration sont à renseigner). L'étude des dépannages en médicament et en dispositifs médicaux a amené à l'organisation de la dispensation nominative des médicaments. Un axe d'amélioration sur la structuration de la mise en oeuvre des actions d'amélioration et sur la rétro-information des professionnels a été repéré par l'établissement.</p>

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
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 d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient a été définie en concertation avec les professionnels de l'établissement. Elle tient compte des actions de bon usage, du résultat des différents contrôles. Elle intègre la prévention des risques, la formation des professionnels, et définit des actions d'amélioration.

La procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux" date du 20/12/2012. Elle décrit les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse.

Le Projet d'Etablissement 2012-2016 comprend un volet dédié au projet du service pharmacie.

La sécurisation du circuit du médicament est un axe du projet qualité de la CME, du projet de la pharmacie et du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le CBUM 2011-2015 développe des chapitres sur l'amélioration et la sécurisation du médicament, le développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau, les engagements spécifiques liés aux produits coûteux et la procédure d'autoévaluation.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est intégré dans le schéma directeur du système d'information. la prise en charge médicamenteuse est informatisée sur toutes les prises en charge MCO, SSR, SM, SLD.
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	Des outils d'aide actualisés et validés sont mis à la disposition du personnel. Le logiciel de prescription est interfacé avec le VIDAL informatique. Le livret thérapeutique régulièrement actualisé est à la disposition des prescripteurs.
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	Des actions de sensibilisation et de formation aux risques d'erreurs médicamenteuses ont été menées dans l'établissement. Une sensibilisation des professionnels de la CME a été menée en juin 2011 lors de la présentation de l'arrêté du 06/04/2011. Un diaporama intitulé "déclaration des erreurs médicamenteuses" a été présenté aux cadres de santé en mai 2011. Les professionnels de l'établissement ont été sensibilisés lors de la semaine de la sécurité des soins en novembre 2011. Le pharmacien responsable du service et une préparatrice et la chargée de mission qualité ont suivi en mai 2011 une formation de deux jours intitulée "prévention des erreurs médicamenteuses évitables".
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse sont informatisées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.</p>	<p>Oui</p>	<p>La prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement fait l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif. Des indicateurs ont été définis et suivis dans le cadre du CBUM. Le recueil s'effectue deux fois par an à l'occasion du recueil intermédiaire et du rapport annuel. La traçabilité des prescription est suivie lors du recueil des indicateurs IPAQSS.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une fiche de déclaration des erreurs médicamenteuses. Il est à la disposition des professionnels concernés. Les déclarations sont adressées à la pharmacie. Les erreurs sont analysées par le Pharmacien avec les professionnels concernés. Une instruction de la DGOS du 28/10/2012 relative à l'organisation de retour d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge en établissement de santé a été présentée lors de la CME du 10/12/2012.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des actions d'améliorations ont été menées à la suite de l'analyse des erreurs médicamenteuses. On peut citer la rédaction de la fiche technique "utilisation des extracteurs à aiguilles d'insuline" rédigée après la survenue d'AES, la fiche technique "modalités de conservation des spécialités orales/liquides et/ou reconstituées après ouverture". Le logiciel de prescription "Infusion" a été modifié à la suite de l'audit réalisé lors du bilan du CBUM (la prescription en DCI a été rendue possible, le nom complet du prescripteur doit obligatoirement être indiqué, les causes de non administration sont à renseigner). L'étude des dépannages en médicament et en dispositifs médicaux a amené à l'organisaon de la dispensation nominative des médicaments. Un axe d'amélioration sur la structuration de la mise en oeuvre des actions d'amélioration et sur la rétro-information des professionnels a été repéré par l'établissement.</p>

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 d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient a été définie en concertation avec les professionnels de l'établissement. Elle tient compte des actions de bon usage, du résultat des différents contrôles. Elle intègre la prévention des risques, la formation des professionnels, et définit des actions d'amélioration.

La procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux" date du 20/12/2012. Elle décrit les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse. Elle décrit les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse.

Le projet d'établissement 2012-2016 comprend un volet dédié au projet du service pharmacie.

La sécurisation du circuit du médicament est un axe du projet qualité de la CME, du projet de la pharmacie et du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le CBUM 2011-2015 développe des chapitres sur l'amélioration et la sécurisation du médicament, le développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau, les engagements spécifiques liés aux produits

	Oui	coûteux et la procédure d'autoévaluation.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est intégré dans le schéma directeur du système d'information. la prise en charge médicamenteuse est informatisée sur toutes les prises en charge MCO, SSR, SM, SLD.
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	Des outils d'aide actualisés et validés sont mis à la disposition du personnel. Le logiciel de prescription est interfacé avec le VIDAL informatique. Le livret thérapeutique régulièrement actualisé est à la disposition des prescripteurs.
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	Des actions de sensibilisation et de formation aux risques d'erreurs médicamenteuses ont été menées dans l'établissement. Une sensibilisation des professionnels de la CME a été menée en juin 2011 lors de la présentation de l'arrêté du 06/04/2011. Un diaporama intitulé "déclaration des erreurs médicamenteuses" a été présenté aux cadres de santé en mai 2011. Les professionnels de l'établissement ont été sensibilisés lors de la semaine de la sécurité des soins en novembre 2011. Le Pharmacien responsable du service et une préparatrice et la chargée de mission qualité ont suivi en mai 2011 une formation de deux jours intitulée "prévention des erreurs médicamenteuses évitables".

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse sont informatisées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	La prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement fait l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif. Des indicateurs ont été définis et suivis dans le cadre du CBUM. Le recueil s'effectue deux fois par an à l'occasion du recueil intermédiaire et du rapport annuel. La traçabilité des prescriptions est suivie lors du recueil des indicateurs IPAQSS.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Il existe une fiche de déclaration des erreurs médicamenteuses. Il est à la disposition des professionnels concernés. Les déclarations sont adressées à la pharmacie. Les erreurs sont analysées par le Pharmacien avec les professionnels concernés. Une instruction de la DGOS du 28/10/2012 relative à l'organisation de retour d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge en établissement de santé a été présentée lors de la CME du 10/12/2012.
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'améliorations ont été menées à la suite de l'analyse des erreurs médicamenteuses. On peut citer la rédaction de la fiche technique "utilisation des extracteurs à aiguilles d'insuline" rédigée après la survenue d'AES, la fiche technique "modalités de conservation des spécialités orales/liquides et/ou reconstituées après ouverture". Le logiciel de prescription "Infusion" a été modifié à la suite de l'audit réalisé lors du bilan du CBUM (la prescription en DCI a été rendue possible, le nom complet du prescripteur doit obligatoirement être indiqué, les causes de non administration sont à renseigner).

En grande partie	L'étude des dépannages en médicament et en dispositifs médicaux a amené à l'organisation de la dispensation nominative des médicaments. Un axe d'amélioration sur la structuration de la mise en oeuvre des actions d'amélioration et sur la rétro-information des professionnels a été repéré par l'établissement.
------------------	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Court Séjour
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a formalisé les règles de prescription de tous les médicaments dans la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux". Elle précise qu'une prescription informatique doit être réalisée pour tout médicament, quelque soit sa nature, son statut, son appartenance ou non à la classification des substances vénéneuses. Elle a été validée et est diffusée. Le support de prescription informatique est validé. La traçabilité de l'administration est informatique et est réalisée sur le même support que l'administration.

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

Oui

La procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux" et la procédure de gestion du traitement patient, validée en COMEDIMS, sont diffusées et appliquées. Le patient est averti de la nécessité de transmettre son traitement personnel à l'admission. Le traitement d'entrée en tient compte. Le traitement de sortie, tient compte du traitement habituel et des éventuelles modifications survenues au cours du séjour. Il est indiqué dans le courrier et sur les ordonnances de sortie.

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies dans la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux". Elle organise l'analyse pharmaceutique journalière du traitement complet du patient, la délivrance globale ou en disposition nominative des médicaments (selon les services), la dotation pour besoins urgents, le conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant avec identification jusqu'au moment de l'administration grâce au logiciel GESTETIQ. Elle précise les modalités d'acheminement des médicaments vers les unités de soins (chariots ou caisses de dépannages), de stockage. En médecine et en alcoologie la dispensation est nominative. Deux fois par semaine les préparateurs emplissent les piluliers des patients entrants. Ils corrigent quotidiennement les piluliers des patients dont le traitement a été modifié. La procédure organise l'information et le conseil aux utilisateurs.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments et la traçabilité de l'acte dans la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux". Les causes de non administration peuvent être renseignées informatiquement. Une fiche technique "modalités de reconstitution et d'administration des anti infectieux injectables" est affichée dans les salles de soins.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les règles de prescription sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Compte tenu de la valeur du critère "rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "tenue du dossier" et de sa valeur 100 % pour la campagne 2011.</p>

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique est effectuée quotidiennement sur les nouveaux traitements et sur les modifications des traitements en cours.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Les procédures et enregistrement des préparations ont été créés en tenant compte des bonnes pratiques de préparation en établissement de santé.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	L'information des patients sur le bon usage des médicaments est adapté aux capacités de compréhension des patients. Des plaquettes d'information sur la maladie d'Alzheimer et ses traitements sont remis aux consultants. Les diabétiques insulino-dépendants sont informés des modalités de suivi de leur traitement par insuline. La traçabilité de l'information est renseignée dans le dossier patient et des fiches d'information sont à disposition des patients. Des réunions d'information sont organisées une fois par séjour en addictologie avec information sur les traitements délivrés.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Les modalités de la traçabilité de l'administration des médicaments sont définies dans la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux". La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée en temps réel par les IDE, conformément à la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux".
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	L'établissement a participé à l'audit croisé régional sur la prise en charge médicamenteuse organisé par le réseau santé qualité et l'OMEDIT NPC. L'outil INTERDIAG développé par l'ANAP a été déployé en Médecine et en Alcoologie.

<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le bilan d'actions de bon usage des médicaments a été réalisées lors d'EPP sur la vitaminothérapie chez les patients alcoolodépendants et sur la pertinence de la prescription des fluoroquinolones dans les infections urinaires. La mise en place d'un programme d'actions sur le bon usage du médicaments est envisagé par la COMEDIMS.</p>
---	-------------------------	---

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	L'établissement a formalisé les règles de prescription de tous les médicaments dans la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux". Elle précise qu'une prescription informatique doit être réalisée pour tout médicament, quelque soit sa nature, son statut, son appartenance ou non à la classification des substances vénéneuses. Elle a été validée et est diffusée. Le support de prescription informatique est validé. La traçabilité de l'administration est informatique et est réalisée sur le même support que l'administration.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	La procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux" et la procédure de gestion du traitement patient, validée en COMEDIMS, sont diffusées et appliquées. Le patient est averti de la nécessité de transmettre son traitement personnel à l'admission. Le traitement d'entrée en tient compte. Le traitement de sortie, tient compte du traitement habituel et des éventuelles modifications survenues au cours du séjour. Il est indiqué dans le courrier et sur les ordonnances de sortie.

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies dans la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux". Elle organise l'analyse pharmaceutique journalière du traitement complet du patient, la délivrance globale ou en disposition nominative des médicaments (selon les services), la dotation pour besoins urgents, le conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant avec identification jusqu'au moment de l'administration grâce au logiciel GESTETIQ. Elle précise les modalités d'acheminement des médicaments vers les unités de soins (chariots ou caisses de dépannages), de stockage. En santé mentale et en soins de suite la dotation est globale et les piluliers sont préparés par les IDE. La procédure organise l'information et le conseil aux utilisateurs.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments et la traçabilité de l'acte dans la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux". Les causes de non administrations peuvent être renseignées informatiquement. Une fiche technique "modalités de reconstitution et d'administration des anti infectieux injectables" est affichée dans les salles de soins.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les règles de prescription sont mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Compte tenu de la valeur du critère "rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "tenue du dossier" et de sa valeur 98% pour la campagne 2011.</p>

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique est effectuée quotidiennement sur les nouveaux traitements et sur les modifications des traitements en cours.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Les procédures et enregistrement des préparations ont été créés en tenant compte des bonnes pratiques de préparation en établissement de santé.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	L'information des patients sur le bon usage des médicaments est adapté aux capacités de compréhension des patients. Des plaquettes d'information sur la maladie d'Alzheimer et ses traitements sont remis aux consultants. Les diabétiques insulino-dépendants sont informés des modalités de suivi de leur traitement par insuline. La traçabilité de l'information est renseignée dans le dossier patient et des fiches d'information sont à disposition des patients. Des réunions d'information sont organisées une fois par séjour en addictologie avec information sur les traitements délivrés.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Les modalités de la traçabilité de l'administration des médicaments sont définies dans la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux". La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée en temps réel par les IDE, conformément à la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux".
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	L'établissement a participé à l'audit croisé régional sur la prise en charge médicamenteuse organisé par le réseau santé qualité et l'OMEDIT NPC. L'outil INTERDIAG développé par l'ANAP a été déployé en Médecine et en Alcoologie

<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le bilan d'actions de bon usage des médicaments a été réalisées lors d'EPP sur la vitaminothérapie chez les patients alcoolodépendants et sur la pertinence de la prescription des fluoroquinilones dans les infections urinaires. La mise en place d'un programme d'actions sur le bon usage du médicaments est envisagé par la COMEDIMS.</p>
---	-------------------------	---

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Soins de suite et/ou de réadaptation
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a formalisé les règles de prescription de tous les médicaments dans la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux". Elle précise qu'une prescription informatique doit être réalisée pour tout médicament, quelque soit sa nature, son statut, son appartenance ou non à la classification des substances vénéneuses. Elle a été validée et est diffusée. Le support de prescription informatique est validé. La traçabilité de l'administration est informatique et réalisée sur le même support que l'administration.

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

Oui

La procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux" et la procédure de gestion du traitement patient, validée en COMEDIMS, sont diffusées et appliquées. Le patient est averti de la nécessité de transmettre son traitement personnel à l'admission. Le traitement d'entrée en tient compte. Le traitement de sortie, tient compte du traitement habituel et des éventuelles modifications survenues au cours du séjour. Il est indiqué dans le courrier et sur les ordonnances de sortie.

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies dans la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux". Elle organise l'analyse pharmaceutique journalière du traitement complet du patient, la délivrance globale ou en disposition nominative des médicaments(selon les services), la dotation pour besoins urgents, le conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant avec identification jusqu'au moment de l'administration grâce au logiciel GESTETIQ. Elle précise les modalités d'acheminement des médicaments vers les unités de soins (chariots ou caisses de dépannages), de stockage. En SSR la dotation est globale et les piluliers sont préparés par les IDE. La procédure organise l'information et le conseil aux utilisateurs.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments et la traçabilité de l'acte dans la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux". Les causes de non administrations peuvent être renseignées informatiquement. Une fiche technique "modalités de reconstitution et d'administration des anti infectieux injectables" est affichée dans les salles de soins.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les règles de prescription sont mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Compte tenu de la valeur du critère "rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "tenue du dossier" et de sa valeur 100 % pour la campagne 2011</p>

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique est effectuée quotidiennement sur les nouveaux traitements et sur les modifications des traitements en cours.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Les procédures et enregistrement des préparations ont été créés en tenant compte des bonnes pratiques de préparation en établissement de santé.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	L'information des patients sur le bon usage des médicaments est adaptée aux capacités de compréhension des patients. Des plaquettes d'information sur la maladie d'Alzheimer et ses traitements sont remis aux consultants. Les diabétiques insulino-dépendants sont informés des modalités de suivi de leur traitement par insuline. La traçabilité de l'information est renseignée dans le dossier patient et des fiches d'information sont à disposition des patients. Des réunions d'information sont organisées une fois par séjour en addictologie avec information sur les traitements délivrés.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Les modalités de la traçabilité de l'administration des médicaments sont définies dans la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux". La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée en temps réel par les IDE, conformément à la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux".
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	L'établissement a participé à l'audit croisé régional sur la prise en charge médicamenteuse organisé par le réseau santé qualité et l'OMEDIT NPC. L'outil INTERDIAG développé par l'ANAP a été déployé en Médecine et en Alcoologie.

<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le bilan d'actions de bon usage des médicaments a été réalisées lors d'EPP sur la vitaminothérapie chez les patients alcoolodépendants et sur la pertinence de la prescription des fluoroquinolones dans les infections urinaires. La mise en place d'un programme d'actions sur le bon usage du médicaments est envisagé par la COMEDIMS.</p>
---	-------------------------	---

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a formalisé les règles de prescription de tous les médicaments dans la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux". Elle précise qu'une prescription informatique doit être réalisée pour tout médicament, quelque soit sa nature, son statut, son appartenance ou non à la classification des substances vénéneuses. Elle a été validée et est diffusée. Le support de prescription informatique est validé. La traçabilité de l'administration est informatique et réalisée sur le même support que l'administration.

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

Oui

La procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux" et la procédure de gestion du traitement patient, validée en COMEDIMS, sont diffusées et appliquées. Le patient est averti de la nécessité de transmettre son traitement personnel à l'admission. Le traitement d'entrée en tient compte. Le traitement de sortie, tient compte du traitement habituel et des éventuelles modifications survenues au cours du séjour. Il est indiqué dans le courrier et sur les ordonnances de sortie.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Oui	<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies dans la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux".</p> <p>Elle organise l'analyse pharmaceutique journalière du traitement complet du patient, la délivrance globale ou en disposition nominative des médicaments (selon les services), la dotation pour besoins urgents, le conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant avec identification jusqu'au moment de l'administration grâce au logiciel GESTETIQ.</p> <p>Elle précise les modalités d'acheminement des médicaments vers les unités de soins (chariots ou caisses de dépannages), de stockage.</p> <p>En USLD les piluliers sont remplis par le préparateurs pour une semaine. Les modifications de traitement sont gérées par les IDE. La procédure organise l'information et le conseil aux utilisateurs.</p>
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	<p>L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments et la traçabilité de l'acte dans la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux". Les causes de non administrations peuvent être renseignés informatiquement.</p> <p>Une fiche technique "modalités de reconstitution et d'administration des anti infectieux injectables" est affichée dans les salles de soins.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	<p>Les prescriptions informatisées sont conformes à la réglementation.</p> <p>La procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux" précise les responsabilités des IDE lors de l'administration des médicaments. L'enregistrement de l'administration ou de la non administration (et de sa cause) est tracée par informatique.</p>

	Oui	Les règles de prescription des injectables sont mises en oeuvre. Une fiche technique "modalités de reconstitution et d'administration des anti infectieux injectables" est affichée dans les salles de soins.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique est effectuée quotidiennement sur les nouveaux traitements et sur les modifications des traitements en cours
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Les procédures et enregistrements des préparations ont été créés en tenant compte des bonnes pratiques de préparation en établissement de santé.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	L'information des patients sur le bon usage des médicaments est adapté aux capacités de compréhension des patients. Des plaquettes d'information sur la maladie d'Alzheimer et ses traitements sont remis aux consultants. Les diabétiques insulino-dépendants sont informés des modalités de suivi de leur traitement par insuline. La traçabilité de l'information est renseignée dans le dossier patient et des fiches d'information sont à disposition des patients. Des réunions d'information sont organisées une fois par séjour en addictologie avec information sur les traitements délivrés.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La sont définies dans la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux". La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée en temps réel par les IDE, conformément à la procédure "circuit du médicament et des dispositifs médicaux".
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	L'établissement a participé à l'audit croisé régional sur la prise en charge médicamenteuse organisé par le réseau santé qualité et l'OMEDIT NPC. L'outil INTERDIAG développé par l'ANAP a été déployé en Médecine et en Alcoologie.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Le bilan d'actions de bon usage des médicaments a été réalisées lors d'EPP sur la vitaminothérapie chez les patients alcoolodépendants et sur la pertinence de la prescription des fluoroquinolones dans les infections urinaires. La mise en place d'un programme d'actions sur le bon usage du médicaments est envisagé par la COMEDIMS.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
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.	En grande partie		
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 œuvre.	Partiellement	

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	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.	En grande partie		
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 œuvre.	Partiellement	

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

Cotation		B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
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.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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.	En grande partie		
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 œuvre.	Partiellement	

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

Critère 21.a - Court Séjour

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

Cotation		
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 œuvre.	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.	En grande partie	

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

Critère 21.a - Santé mentale

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

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

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

Critère 21.a - Soins de suite et/ou de réadaptation

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

Cotation		
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 œuvre.	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.	En grande partie	

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		
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 œuvre.	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.	En grande partie	

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 œuvre, 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 - Court Séjour

Demande d'examen et transmission des résultats

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

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

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

Critère 22.a - Santé mentale

Demande d'examen et transmission des résultats

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

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

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

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

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

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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

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

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA		Constats
Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA		Constats
Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA		Constats
Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité en imagerie.	Oui		

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

Critère 23.a - Court Séjour Education thérapeutique du patient

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.	Oui	
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.	Oui	
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers 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 œuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en œuvre 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 œuvre un programme d'ETP).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

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

Critère 23.a - Santé mentale Education thérapeutique du patient

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.	Oui	
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.	En grande partie	
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers 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 œuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en œuvre de programme autorisé, il lui est demandé de	Partiellement	

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.	Partiellement	
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 œuvre un programme d'ETP).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

Référence 23: l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage**Critère 23.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Education thérapeutique du patient**

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

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.	Partiellement	
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 œuvre un programme d'ETP).	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

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 extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en œuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en œuvre de programme autorisé, il lui est demandé de	En grande partie	

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.	En grande partie	
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 œuvre un programme d'ETP).	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour
Sortie du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La sortie ou le transfert du patient sont organisés en fonction du type de prise en charge et de 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.	En grande partie	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 74% avec un intervalle de confiance à 95% = [64%–83%] pour la campagne 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Santé mentale
Sortie du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 43% avec un intervalle de confiance à 95% = [28%–57%] pour la campagne 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Sortie du patient



Cotation		
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	Compte-tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 99% avec un intervalle de confiance à 99% = [96%–100%] pour la campagne 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 24: La sortie du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	
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	
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	

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	
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
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	
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
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 œuvre.	NA	

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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
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 œuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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	
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
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 œuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
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 œuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.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	A	
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	L'établissement ne dispose ni de service d'urgences ni de réanimation. Le champ d'activité du secteur MCO du CHHB (médecine à orientation diabétologique et gériatrique et alcoologie) n'est pas concerné par la participation à un réseau de prélèvement d'organes.
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.	Oui	
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	L'établissement n'est pas autorisé à effectuer des prélèvements.
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 œuvre.	NA	L'établissement n'est pas autorisé à effectuer des prélèvements.
---	----	--

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

Critère 27.a

Activités de soins de suite et de réadaptation

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

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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la morbi-mortalité 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 œuvre des démarches d'EPP.	Oui	

L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	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.	Partiellement	

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.b Pertinence des soins

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	
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.	En grande partie	
---	------------------	--

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



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

L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	Partiellement	
---	---------------	--

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/ipaqs-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.

Etablissement : CTRE HOSPITALIER HENIN-BEAUMONT (620100677)

Résultats des indicateurs de qualité

Dossier du Patient - Champ MCO

Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	
	Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur		
Tenue du dossier patient (score sur 100)	1144	70	80		1212	72	80		1206	76	80					
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	1141	34	80		1195	40	80		1192	48	80					
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	1144	52	80		1212	61	80		1206	73	80					
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	1136	75	80		1200	79	80		1196	84	80					

Etablissement : CTRE HOSPITALIER HENIN-BEAUMONT (620100677)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier patient (score sur 100)	72 [69 - 76]		(-)	↗	65 [61 - 70]		(-)	NA	81 [78 - 84]		(=)	↗				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	56 [45 - 67]		(-)	→	70 [60 - 80]		(=)	→	74 [64 - 83]		(=)	→				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	5 [0 - 10]		(-)	↗	36 [26 - 47]		(-)	↗	64 [53 - 74]		(-)	↗				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	90 [83 - 97]		(+)	→	93 [87 - 98]		(+)	→	95 [90 - 100]		(+)	→				

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

BILAN DES CONTRÔLES EFFECTUÉS ET INSPECTIONS CONCERNANT LA SÉCURITÉ SANITAIRE (Uniquement effectués par organismes et autorités externes)

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	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stérilisation des dispositifs médicaux	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinfection des dispositifs médicaux	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	Activité sous traitée		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infrastructures	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission d'Arrondissement de Sécurité Incendie de Lens	27/05/2010 Les CHARMES (Médecine + SSR)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission d'Arrondissement de Sécurité Incendie de Lens	03/09/2009 Les ERABLES (Alcoologie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission d'Arrondissement de Sécurité Incendie de Lens	* 01/10/2009 Les TILLEULS (SLD)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/>	Commission d'Arrondissement de Sécurité	03/09/2009 SELLIER (Psychiatrie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
- Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Incendie de Lens									
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input checked="" type="checkbox"/>	Commission d'Arrondissement de Sécurité de Lens	31/08/2011 CSAPA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'identification des différents locaux a été réalisée.
Sécurité électrique	Commission d'Arrondissement de Sécurité Incendie de Lens	27/05/2010 Les CHARMES (Médecine + SSR)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité électrique	Commission d'Arrondissement de Sécurité Incendie de Lens	03/09/2009 Les ERABLES (Alcoologie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité électrique	Commission d'Arrondissement de Sécurité Incendie de Lens	01/10/2009 Les TILLEULS (SLD)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité électrique	Commission d'Arrondissement de Sécurité Incendie de Lens	03/09/2009 SELLIER (Psychiatrie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité électrique	Commission d'Arrondissement de Sécurité de Lens	31/08/2011 CSAPA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

