



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

### **EPSM VAL DE LYS -ARTOIS**

20 rue de busnes Bp 30 - 62350 - Saint Venant

DÉCEMBRE 2014

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b>	<b>4</b>
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
<b>1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>8</b>
<b>2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>12</b>
1. Niveau de certification	13
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	14
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	15
4. Critères investigués lors de la visite de certification	16
5. Suivi de la décision	17
<b>3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS</b>	<b>19</b>
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
<b>4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>25</b>

<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES</b>	<b>34</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>36</b>
PARTIE 1. Management stratégique	37
PARTIE 2. Management des ressources	62
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	105
<b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	<b>132</b>
PARTIE 1. Droits et place des patients	133
PARTIE 2. Gestion des données du patient	159
PARTIE 3. Parcours du patient	168
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	227
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	241
<b>6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>248</b>
<b>7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	<b>250</b>

# PREAMBULE

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

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

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

Les décisions 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



# EPSM VAL DE LYS -ARTOIS

**Adresse :** 20 rue de busnes Bp 30  
62350 Saint Venant PAS-DE-CALAIS

**Statut :** Public

**Type d'établissement :** CHS / EPSM

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Santé mentale	396	119	0

Nombre de sites.:	Quarante-deux structures sur 24 sites, dont deux sites à temps complet qui sont l'EPSM Val-de-Lys Artois et le Centre psychothérapique du Ternois situé sur la commune de Saint-Pol.
Activités principales.:	Psychiatrie. Addictologie.
Activités de soins soumises à autorisation.:	Psychiatrie. Addictologie.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<p>Coopération et conventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mission Locale du Ternois, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 1996.</li> <li>- Polyclinique du Ternois, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 1996.</li> <li>- CH de Béthune – Service endocrinologie, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 1996.</li> <li>- CH de Béthune – Service gastro-entérologie, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 1996.</li> <li>- Centre Germon-de-Béthune, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 1996.</li> <li>- Hôpital Local de Saint-Pol-sur-Ternoise, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 1996 actualisé en 2000.</li> <li>- Centre Germon de Béthune, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 1997.</li> <li>- CH de Lens – Le Square, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique des patients du Centre du Jeu de Paume, 1997.</li> <li>- Mission locale des jeunes de Béthune/Bruay, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 1998.</li> <li>- Maison de retraite de Frévent, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 1999.</li> <li>- UCSA de Béthune – CH de Lens (Le Square), Partenariat – Prise en charge et suivi de la toxicomanie des détenus de la MA de Béthune, 1999.</li> <li>- CAT de Saint-Michel-sur-Ternoise, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 1999.</li> <li>- CH de la région de Saint-Omer – Service maternité et pédiatrie, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2000.</li> <li>- CH de Lillers, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2000.</li> </ul>
--	--

- CH de la région de Saint-Omer - Prise en charge des urgences psychiatriques et psychiatrie de liaison, 2001.
- SIVOM du Bruaysis – MAPAD de Calonne Ricouart, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2001.
- UNAFAM et la Fondation SEF, Partenariat – Prise en charge et accès à la clinique des patients étudiants, 2001.
- CMC de Bruay, Partenariat – Prise en charge des patients de la CMC de Bruay, 2001.
- Lycée Professionnel Monsigny de Saint-Omer, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2001.
- SEM-SPAPA Les Héliantines de Noyelles les Vermelles (Noyelles-les-Vermelles, Sailly-Labourse, Cambrin, Violaines), Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2002.
- EHPAD Sainte-Camille-de-Verquin, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2002.
- Maison de retraite franciscaine « Les Eprioux », Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2003.
- Les Foyers de la Ternoise, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2003.
- Maison de retraite Saint-Albert d'Auchy-les-Hesdin, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2004.
- EHPAD Marie Curie de Beuvry, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2004.
- EHPAD les Près de Lys de Sailly-sur-la-Lys, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2004.
- La Vie Active CHRS Annezin, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2004.
- Communauté d'Emmaüs de Saint-Martin-au-Laert, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2004.
- Lycée Ribot de Saint-Omer, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2004.
- Lycée Professionnel de l'AA de Saint-Omer, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2004.
- SIVOM du Béthunois – EHPAD Résidence F. Degeorge, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2005.
- Maison d'Accueil et d'Hébergement de Longuenesse, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2005.
- Lycée Technique Blaise Pascal Longuenesse, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2005.
- Maison de retraite St Jean à Laventie, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2006.
- Mission locale de Béthune, Mise en place d'un lieu d'écoute et d'échange, 2006.
- Maison de retraite Résidence de France à Beuvry, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2007.
- Maison de retraite d'Aubigny-en-Artois, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2007.
- EHPAD Edith Piaf de Bruay-la-Buissière, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2007.
- Résidence des Fontinettes - Arques, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2007.
- EHPAD Résidence Les 4 Saisons, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2008.
- ESAT Atelier du Ternois, Aide à l'insertion des travailleurs handicapés, 2008.
- Résidence Louise Weiss Nœux-les-Mines, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2008.
- Association ABCD Saint-Omer et la DDPJ du Pas-de-Calais, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2008.
- EST Saint-Michel-sur-Ternoise, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2008.
- UDAPEI MAS d'Eperlecques, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2009.
- EHPAD Haverskerque, médecine préventive, 2009.
- EHPAD Steenbecque, médecine préventive, 2009.
- Hôpital local Aire-sur-la-Lys, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2009.
- MAS d'Eperlecques, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2009.
- CH de la région de Saint-Omer, Partenariat – Prise en charge et suivi psychiatrique, 2009.
- Mission locale de Saint-Omer, Prise en charge de la souffrance des jeunes, 2009.
- Unité de soins palliatifs et équipe mobile Amélie Loutre de Bruay, Prise en charge de la douleur et de la personne en fin de vie.
- Mutualisation des lits de l'AT du secteur 62G07 et du secteur 62G06.
- Partenariat polyclinique de la Clarence de Divion (périnatalité) 2009.
- Centre Ressources Autisme du Pas-de-Calais 2011.

## Réorganisation de l'offre de soins

- Coopération EHPAD Lestrem 2010.
- Coopération Clinique Mahaut de Termonde 2010.
- Coopération Clinique Anne D'Artois 2010.
- Convention atelier mémoire Foyer logement pour personnes âgées de Marles-les-Mines 2009.
- SAU des CH Béthune, Saint-Omer et Divion.
  
- Polyclinique de Divion, 2011.
- Commune de Locon Atelier Mémoire, 2011.
- Convention ville de Béthune, CAF, Maison du département Solidarité de l'Artois, Association pupilles de l'enseignement « Pomme de Requette », 2011.
- Convention CAF Lieux Parents/enfants Bruay/Noeux-les-Mines, 2012.
- Maison des enfants – ados – parents de Beuvry, 2012.
- MAHRA Le Toit Saint-Omer, 2012.
- Passport Santé 62, 2012.
- CHRU/URSAUS, 2012.
- EHPAD « La Baronnie du Val-de-Lys » d'Haverskerque, 2012.
- MJC de Noeux-les-Mines, 2013.
  
- Réseaux :
  - GIP, recherche en santé mentale pour le développement de la recherche en santé mentale, 2006.
  - GIE, Réseau Santé Qualité, formation/documentation, 2008.
  - Réseau Précarité et Santé Mentale.

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

## 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 une certification avec réserves.

### Décisions

#### RESERVE(S)

5.a (Système d'information) ;5.b (Sécurité du système d'information) .

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

20.a bis Santé mentale (Prise en charge médicamenteuse du patient) .

#### RECOMMANDATION(S)

1.b (Engagement dans le développement durable) .

10.e Santé mentale (Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté) .

17.b (Prise en charge somatique des patients) .

20.a Santé mentale (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) .

## 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 24/02/2014 au 28/02/2014.  
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigué les critères suivants :

##### **MANAGEMENT STRATÉGIQUE**

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

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

4.b, 5.a, 5.b, 7.b, 7.d

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

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

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

10.e Santé mentale, 11.a Santé mentale, 12.a Santé mentale, 13.a Santé mentale

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

14.a Santé mentale, 14.b Santé mentale, 15.a Santé mentale

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

17.a Santé mentale, 17.b, 18.a Santé mentale, 19.a Personnes âgées, 19.b Santé mentale, 20.a Santé mentale, 20.a bis Santé mentale, 22.b, 23.a Santé mentale, 24.a Santé mentale

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

28.a, 28.b, 28.c



## 5.Suvi de la décision

L'établissement devra produire un rapport de suivi dans un délai de 6 mois sur l'ensemble de ses réserves. L'établissement a la possibilité de lever tout ou partie de ses recommandations par le biais de ce rapport de suivi. S'il ne souhaite pas ou n'a pas la possibilité de lever les recommandations dont il fait l'objet, il devra fournir dans le même délai à la Haute Autorité de Santé un plan d'actions avec échéancier.

## 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)
- 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)
- 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 patient (20.a bis)
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25.a)
- Organisation

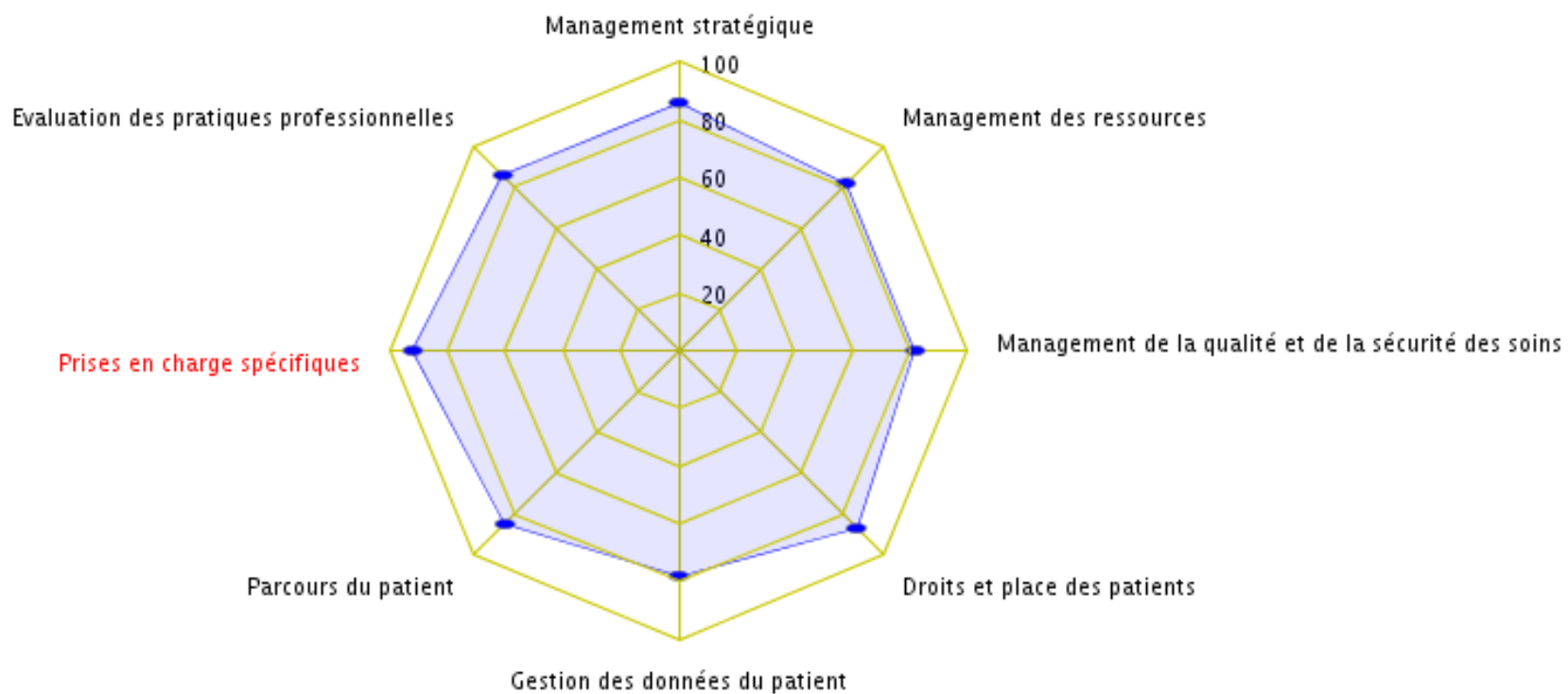
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

### 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 :

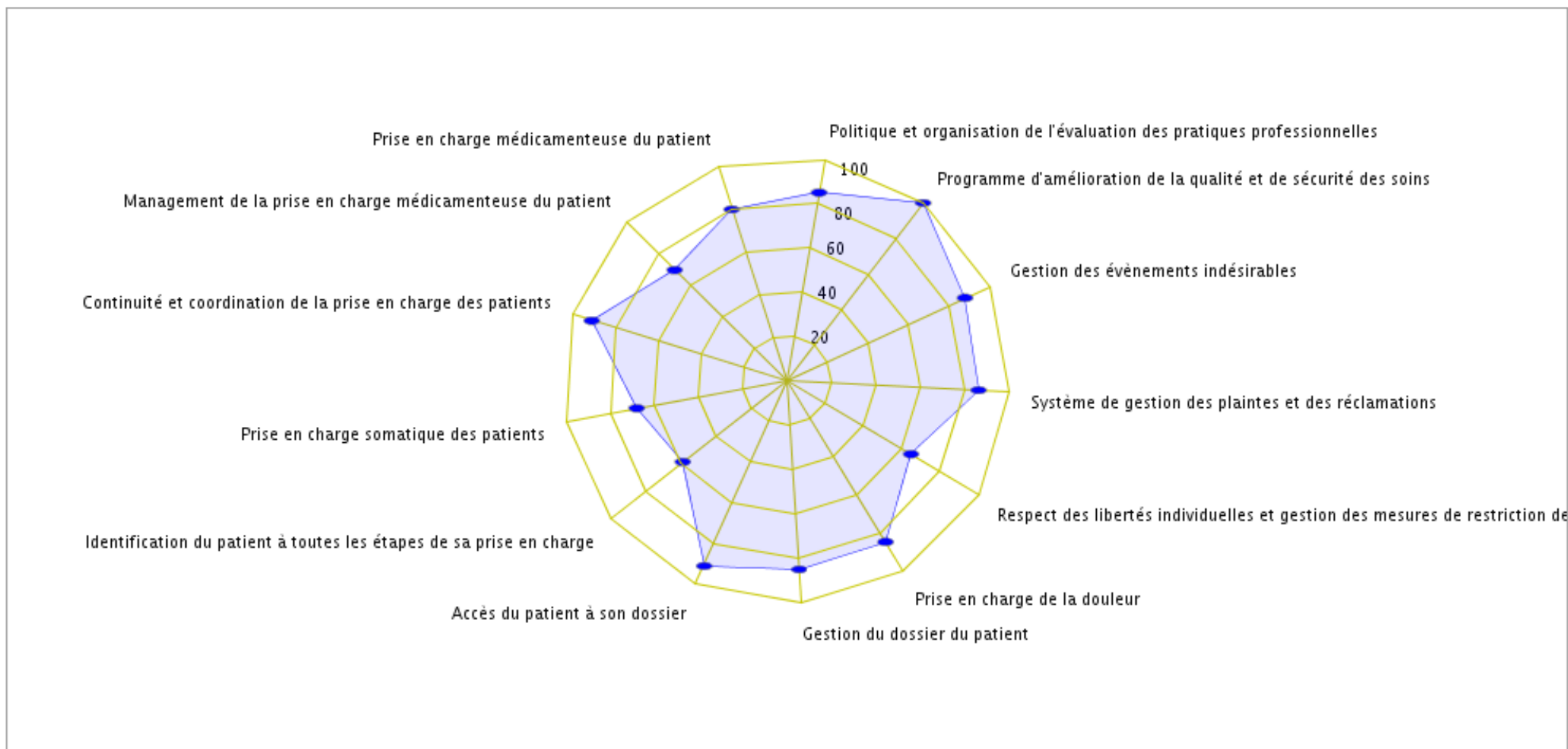
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

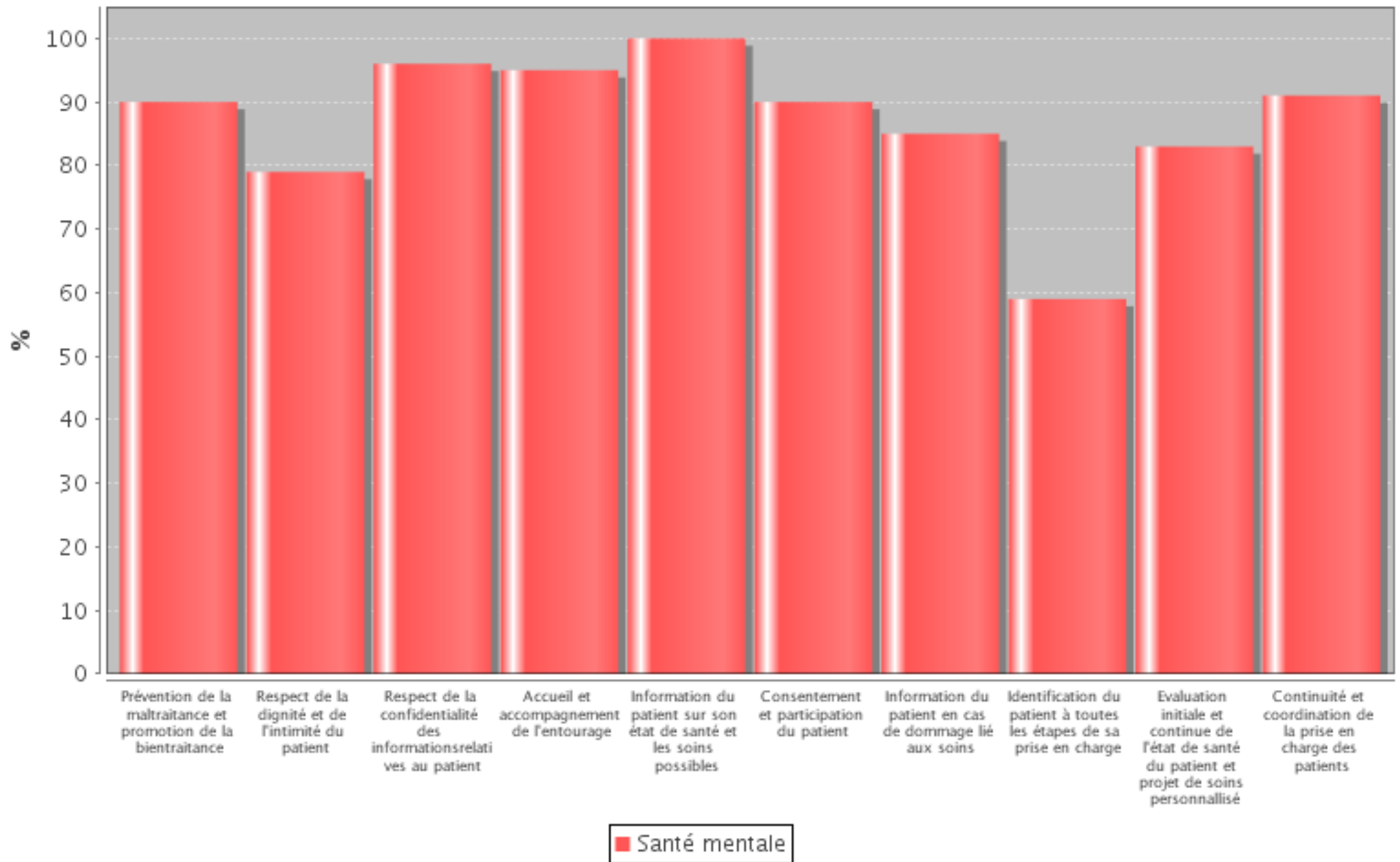


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

## 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
14a (Le prétraitement et la désinfection des dispositifs médicaux non autoclavables font l'objet de dispositions connues et appliquées par les professionnels concernés.) ; 14c (La maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est assurée.).	Type 1	En cours	<p>Critère 14a :</p> <p>Une procédure relative à la désinfection des dispositifs médicaux » ainsi qu'une fiche de traçabilité ont été élaborées et diffusées le 13 décembre 2013.</p> <p>Des audits de connaissances et de pratiques sur la désinfection des dispositifs médicaux ont été réalisés entre le 12 et le 16 novembre 2012, auprès des personnels de soins des unités intra-hospitalières et des ambulanciers.</p> <p>L'audit confirme que le dispositif est connu par 75% des répondants. Les résultats ont été présentés aux correspondants hygiène le 03/12/12 et au CLIN le 04/12/12.</p> <p>L'EOH a, par ailleurs, organisé, du 15 septembre au 15 octobre 2013, des ateliers formation sur la désinfection des dispositifs médicaux au sein des services.</p> <p>Critère 14c :</p> <p>Depuis janvier 2012, un agent des services économiques a été désigné pour gérer les contrats de maintenance et procéder à l'inventaire des différents matériels et dispositifs médicaux. Cet inventaire est réalisé, mais il reste à le compléter avec notamment l'indication des dates d'acquisition des matériels et l'étiquetage du matériel. Ce travail a été réalisé en collaboration avec le responsable « matériovigilance » qui est un pharmacien.</p> <p>Le groupe de travail chargé du rapport de suivi concernant l'urgence vitale a élaboré un livret intitulé « Vérification des matériels et sacs ou chariots d'urgence » qui reprend la liste de tous les matériels intervenants dans la gestion de l'urgence vitale ainsi que des documents permettant d'assurer le suivi mensuel et après chaque utilisation lors d'</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>une urgence vitale.</p> <p>Toutefois, la politique de maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux n'est pas élaborée. De même, les procédures d'entretien, de remplacement et de réparation en urgence ne sont pas formalisées. La formation et l'information régulière des personnels n'est pas assurée, en l'absence, notamment d'un référent biomédical dûment désigné.</p>
15d (L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est assurée.).	Type 1	En cours	<p>L'établissement s'est doté d'un local de stockage des containers DASRI conforme aux normes en vigueur et sécurisé. Le nettoyage est assuré par l'établissement et tracé. Le nettoyage des containers est sous-traité.</p> <p>Lors de la visite, dans deux unités, (SAS et Nymphéa ) des locaux de stockage intermédiaires sont, non adaptés et non conformes à la réglementation en vigueur et aux pratiques et procédures en place dans l'établissement.</p> <p>- Les containers pour les ordures ménagères ne sont pas sécurisés; l'étude est en cours avec la communauté de communes.</p> <p>Le recueil des dysfonctionnements se fait par le biais des fiches d'évènement indésirable. Des enquêtes sont réalisées, un plan d'actions élaboré avec un responsable identifié. Le plan d'actions est intégré au PAQ.</p>
18b (Une identification fiable et unique du patient est assurée.).	Type 1	En cours	<p>La cellule d'identitovigilance est en place et a élaboré une charte et une politique qui définissent des objectifs pour les services administratifs en charge des entrées et pour les services cliniques.</p> <p>La formation des secrétaires est assurée. La vérification</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>de l'identité pour les personnels administratifs est décrite dans la charte et est vérifiée par la secrétaire du DIM par des requêtes mensuelles et un appui apporté aux agents en difficultés. Il existe des indicateurs de suivi de l'activité comme par exemple, les doublons (180 bilan des EI 2013), les fusions ...</p> <p>Dans les secteurs cliniques, il n'existe pas de procédure de vérification de l'identité, décrivant les moyens de la mise en œuvre des objectifs, en dehors, de recommandations lors de l'administration des médicaments et avant la réalisation d'examens complémentaires. La traçabilité de ces vérifications n'est pas assurée.</p> <p>Il n'existe pas de dispositif structuré d'évaluation de la vérification de l'identité dans les services de soins.</p> <p>Des actions de sensibilisation des personnels d'accueil et des secrétariats sont réalisées lors des semaines sécurité patient et lors des réunions du club d'utilisateurs organisées par le DIRM.</p>
24a PSY (Le patient et, s'il y a lieu, son entourage, sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.) ; 24c PSY (La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.) ; 24d PSY (La restriction de liberté de circulation du patient fait l'objet d'une information au patient et à son entourage, d'une prescription médicale écrite et d'une	Type 1	En cours	<p>Critère 24a :</p> <p>Lors de l'entretien d'entrée le médecin recueille, si l'état de santé le permet, le consentement du patient.</p> <p>L'évaluation de l'état de santé du patient s'effectue par les différentes consultations (médecin psychiatre/médecin somaticien), les différentes observations infirmières et autres professionnels. Sur la base de ces éléments, le projet thérapeutique est défini.</p> <p>Tous les patients signent un contrat de soins.</p> <p>Le projet de soins est construit, évalué et réajusté par le biais de réunions de synthèses et de STAFF EPP si besoin.</p> <p>Certains services ont développé des ateliers d'information</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
réévaluation périodique.).			<p>sur la santé. une fiche bénéfice risque est disponible dans le dossier patient, mais elle n'est que très rarement utilisée.</p> <p>Critère 24c : Le dossier patient intègre une fiche bénéfice/risque questionnant le patient sur les informations relatives à son mode de soins, aux thérapeutiques employées et leurs effets secondaires, et la prise de connaissance du livret d'accueil. La fiche « bénéfice –risque » a été revue et remaniée par un groupe de médecins et validé en CME en juin 2012. Elle est diffusée, mais rarement utilisée. Un contrat de soins est inclus dans le dossier du patient.</p> <p>Critère 24d : La périodicité de la réévaluation de la prescription de la restriction de liberté n'est pas définie. La prescription de la restriction de liberté est formulée sous forme d'autorisation . La personne hospitalisée est par défaut restreinte dans sa liberté d'aller et venir. La quasi totalité des unités d'hospitalisation à temps plein sont fermées. Seule l'évaluation médicale permet d'étendre la liberté de la personne hospitalisée. En 2012, un groupe de travail pluri professionnel et pluri sectoriel a réalisé une étude de pratiques auprès de tous les professionnels médicaux à l'aide d'un questionnaire.</p>
28c PSY (L'information contenue dans le dossier du patient est accessible, en temps utile, aux professionnels en charge du patient.).	Type 1	En cours	Concernant l'organisation de l'accessibilité des dossiers patients le soir et le week-end en ambulatoire : les structures extra hospitalières sont avisées dès que possible de la ré hospitalisation d'un patient et les

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>professionnels mettent en œuvre des actions en vue de rendre disponible tous les éléments permettant d'assurer la continuité des soins, et ce au plus près de l'hospitalisation (navette, courrier interne, Fax). Au jour de la visite, le mode d'archivage du dossier patient par service ne permet pas une totale accessibilité du dossier patient dans les 48h. Une procédure d'archivage est en cours de validation.</p> <p>Le dossier patient intra a été actualisé (action réalisée en 2011-2013) et un dossier patient extra a été créé ainsi que leurs guides d'utilisation. L'ensemble de ces documents a été mis en ligne sur intranet en 2013 avec notamment les règles d'utilisation régissant les écrits.</p> <p>Concernant la communication du dossier : l'homogénéisation du dossier patient (Version 1 du 15/03/2013) a permis de définir une organisation commune et de prendre en compte la communication du dossier entre les professionnels, et notamment avec les correspondants externes par le biais de différents outils, tels la fiche de synthèse de sortie, la fiche de liaison infirmière, le courrier de sortie et de liaison médicale et les fiches de demandes de consultations spécifiques.</p>
31b PSY (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.) ; 31c PSY (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.).	Type 1	En cours	<p>31b PSY (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.):</p> <p>Des procédures accompagnent la mise en œuvre de la dispensation. La délivrance nominative des médicaments par le personnel de la pharmacie concernés est désormais de 90%. A ce jour, les prescriptions sont rédigées sur 3 types d'ordonnances papier et sont adressées à la pharmacie. Les pharmaciens saisissent ces prescriptions</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>dans le logiciel Thériaque afin d'en faciliter l'analyse. L'établissement est en attente de l'informatisation du circuit du médicament pour poursuivre ce développement.</p> <p>31c PSY (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.):</p> <p>A ce jour, il existe 3 supports possibles d'administration. Une feuille de couleur blanche en format A3 regroupe les prescriptions du patient, comporte une partie réservée à l'analyse pharmaceutique et une 3° partie pour tracer 5 jours d'administration. Au 6° jour, une feuille supplémentaire est agrafée, le support n'est alors plus unique. En cas de prescription d'antibiotiques ou de stupéfiants, un autre support de prescription, spécifique est utilisé. L'administration y est alors priorisée et le support est fait de telle sorte qu'elle n'est pas au regard de la prescription. La consigne est de tracer l'administration au moins sur ce support. Certains agents saisissent également sur la feuille blanche. Les pratiques ne sont pas homogènes et il peut donc y avoir nouvelle saisie de l'administration. De plus les experts-visiteurs ont constaté que dans les unités où les infirmiers s'organisent pour administrer à deux, c'est celui qui dicte (à celui qui administre) qui trace l'administration de ses initiales</p>
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 ;	Type 1	Oui	Les activités de rééducation et de soutien sont prescrites dans tous les services et s'inscrivent dans un projet thérapeutique. Les interventions de tous les professionnels sont tracées dans le dossier patient.

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
l'information réciproque et la collaboration sont effectives.).			

## 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.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques.	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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La mise en oeuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	Oui	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	Oui	

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

C

#### 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.

Partiellement

Un groupe de travail, constitué en juillet 2013, a rédigé un document précisant les orientations de l'établissement en matière de développement durable. Ce projet reste, au jour de la visite, un document de travail non présenté aux instances de l'établissement. Le groupe de travail a, par ailleurs, lors de sa réunion en date du 5 février 2014, défini quatre orientations stratégiques, préfigurant la future politique de développement durable.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Partiellement

L'établissement n'a pas élaboré de programme pluriannuel propre au développement durable, comportant des actions à engager, et intégrant les modalités de pilotage, les responsabilités et l'échéancier. Toutefois, un groupe de travail a, lors de sa réunion en date du 5 février 2014,

	Partiellement	décidé de mettre en place quatre axes d'actions (économies d'énergie, tri sélectif, achat durable et communication) correspondant aux axes du futur programme de développement durable.
Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	Partiellement	L'absence de politique, et donc d'objectifs opérationnels précis, limite l'appropriation de cette thématique par les professionnels de la structure. Toutefois, des actions ponctuelles de sensibilisation et d'information sur les actions, déjà mises en œuvre par l'établissement, ont d'ores et déjà été réalisées. Ainsi, le journal de l'établissement, en janvier 2014, présente les enjeux du développement durable.
L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Non	L'établissement ne communique pas sur les actions et la stratégie définie en matière de développement durable auprès d'autres partenaires, en raison de l'absence d'orientations stratégiques, définies et validées en matière de développement durable et d'objectifs identifiés.
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Non	En l'absence de programme pluriannuel validé, il n'existe pas un suivi des actions et de réajustements.

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.c Démarche éthique

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels ont accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.	Oui	
Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.	Oui	
Les questions éthiques se posant au sein de l'établissement sont traitées.	En grande partie	Des groupes de travail ont abordé les questions éthiques identifiées par les différentes communautés professionnelles de l'établissement. Les thématiques, relatives à la liberté d'aller et venir, à la bientraitance, aux modalités de mise en

	En grande partie	chambre d'isolement, ont été appréhendées récemment et ont fait l'objet de communications institutionnelles. Toutefois, des questions, telles que l'usage de la vidéo-surveillance dans le respect du droit de la personne hospitalisée, sont identifiées mais non abordées.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un état des lieux des questions éthiques liées aux activités de l'établissement est réalisé.	En grande partie	



## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.d Politique des droits des patients

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Partiellement

#### 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 oeuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CRU.	Oui	
--	-----	--

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.e

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

## Cotation

A

### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



**Cotation**

**B**

**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.

Partiellement

La politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques intègre la notion d'EPP. Le projet médical, dans son chapitre relatif à « La démarche qualité : historique et projets », liste les intitulés des démarche EPP réalisées et celles en cours. Cependant, il n'existe pas un document formalisant la stratégie de développement de l'EPP précisant les responsabilités, les ressources identifiées et les moyens définis, nécessaires à la mise en œuvre.

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

Oui

Une concertation existe au niveau institutionnel suite à la création, en février 2013, de la sous-commission DPC-EPP qui assure le pilotage et le suivi de la démarche dans sa globalité. Elle est constituée du président de la CME, des chefs de pôles, de deux médecins généralistes, un pharmacien et les représentants du service Qualité. Le règlement intérieur, validé par la CME en juin 2013, définit son fonctionnement et ses missions. Il précise notamment son rôle et sa responsabilité dans le choix des thématiques EPP, ainsi que dans le suivi des actions, la périodicité des réunions fixée à trois fois par an. Le règlement intérieur prévoit également la possibilité pour le président de la

	Oui	convoquer de façon extraordinaire. Ainsi, en 2013, l'année de sa création en 2013, la Commission s'est réunie cinq fois.
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 individuelles en matière d'évaluation de pratique professionnelle sont déclinées dans les fiches de fonction. Le président de la CME est garant de la coordination des démarches. Les chefs de pôles assurent la mise en œuvre des évaluations des pratiques dans leurs pôles, et les chefs de service sont responsables de l'organisation dans leur service d'une démarche EPP et/ou STAFF-EPP. Les cadres supérieurs de santé/assistant de pôle participent. Chaque démarche est animée par un médecin et un paramédical. Une Charte institutionnelle spécifique définit le fonctionnement et le déroulements des STAFF-EPP ainsi que le rôle de chaque participant. Le service Qualité Gestion des Risques assure l'appui méthodologique, le suivi des démarches et des indicateurs. Il actualise également les fiches programme et le tableau de bord.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	L'accompagnement des professionnels est assuré par le service qualité et gestion des risques. Ce dernier participe aux réunions de la sous-commission DPC-EPP ainsi qu'aux réunions dans les pôles et services. Le Réseau Santé Qualité est intervenu en décembre 2011 pour former aux STAFF-EPP. Le service qualité a assuré dans tous les services, pendant l'année 2012, une information/formation sur la mise en œuvre de STAFF-EPP. De plus, trois journées d'accompagnement autour des démarches EPP ont été organisées, en mai et juin 2013, par le service Qualité et Gestion des Risques dans chaque pôle.

L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	La sous-commission DPC/EPP suit l'état d'avancement des démarches à chaque réunion, sachant que la sous-commission se réunit quatre fois par an. La CME inscrit, à l'ordre du jour de chaque séance, un bilan d'étape des démarches entreprises. Le service qualité assure la coordination et le suivi des actions, et procède à l'actualisation du tableau de suivi. Les indicateurs identifiés pour chaque démarche sont suivis lors des réunions de la sous-commission. Un bilan global de toutes les démarches est réalisé et présenté annuellement.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	En grande partie	La CME informe les professionnels qui en font partie régulièrement. Le Service Qualité Risques informe des démarches en cours les professionnels qui participent aux différentes réunions, d'encadrement, de pôle, de service. Un article sur cette thématique a été également diffusé sur « Flash info » du 3 avril 2013. L'établissement n'a pas mis en œuvre un dispositif structuré d'information en se fixant des objectifs et en ayant identifié les professionnels devant être informés sur la stratégie de développement EPP.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'établissement rend compte, régulièrement, de ses démarches EPP, de l'état d'avancement et des résultats en termes d'amélioration des pratiques devant la CME et le COPIL Qualité Gestion des Risques. Le bilan de l'ensemble de la démarche est présenté annuellement à toutes les instances identifiées, notamment devant le Directoire et la CSIRMT.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	En grande partie	Un premier bilan annuel des démarches a été présenté devant la sous-commission DPC-EPP en décembre 2013. Il a permis de constater la maturité des démarches en cours, et de s'assurer que chaque pôle avait mis en place un STAFF-EPP. Le dispositif est, toutefois, trop récent pour avoir fait l'objet de révision. La démarche n'est pas encore complètement structurée.

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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



La direction 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

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

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

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

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

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

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

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

### Critère 2.c Fonctionnement des instances

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie, et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leurs compétences.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.	Oui	
Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

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

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





Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	En grande partie	L'établissement dispose, depuis 2013, de tableaux de bord par pôle. Ceux-ci regroupent des données relatives à l'activité, la consommation des crédits pour les dépenses médicales, et les crédits délégués dans le cadre de la contractualisation interne, à savoir les crédits de suppléance et de formation. Ce que confirme l'indicateur « Hôpital numérique » correspondant. Cette première génération de tableaux de bord n'intègre pas de valeurs cibles, ni d'éléments de comparaison avec les années antérieures, ni d'indicateurs de ressources adaptés à la conduite du projet d'établissement.
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	Partiellement	La stratégie de l'établissement en matière de communication des résultats aux professionnels et aux usagers n'est pas définie, à l'exception des indicateurs qualité, qui font l'objet d'une présentation aux instances et d'un affichage conformément aux dispositions réglementaires. L'établissement s'est attaché, depuis plus d'un an, à communiquer sur les modalités de construction des indicateurs et des tableaux de bord à destination des pôles d'activités.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	En grande partie	
Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, et rendus publics par l'établissement de santé.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	Partiellement	
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaisons externe et interne).	Partiellement	

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Partiellement

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

L'évaluation périodique du personnel est mise en oeuvre.	Oui	
Un plan de formation est mis en oeuvre.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée, et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.	Oui	
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités, notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	Oui	

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

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

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.	Partiellement		
Le document unique est établi.	Oui		
Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Des actions de prévention des risques sont mises en oeuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.	Oui		

Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le programme de prévention des risques et le document unique sont évalués à périodicité définie, sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'événements indésirables.	Oui	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Oui	



## Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

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

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

## Référence 4: La gestion des ressources financières

### Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

## Référence 4: La gestion des ressources financières

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

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

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.a Système d'information

Cotation

C

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.

Non

L'établissement ne dispose pas d'un schéma directeur des systèmes d'information et/ou d'une politique du système d'information validés. De plus, les orientations en matière de système d'information ne sont pas définies dans le projet d'établissement. Les exigences et les attendus du projet « Hôpital numérique », bien que pris en compte par l'établissement, ne sont pas traduits dans un plan d'actions formalisé et structuré. La fiche n° 3 du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, intitulée « Aller vers un système d'information cohérent et performant » confirme ces différents constats. Cette fiche prévoyait la livraison d'un schéma directeur des systèmes d'information pour la fin du premier trimestre 2013, mais la signature tardive des annexes du CPOM, en décembre 2013, n'a pas permis d'atteindre cet objectif. Un groupe de travail pluridisciplinaire, dédié au système d'information, a été installé le 3 avril 2013, et s'est réuni à trois reprises depuis (le 3 septembre 2013, le 5 novembre 2013 et le 12 février 2014).

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.	Partiellement	Le système d'information est essentiellement tourné vers l'informatique de gestion, notamment celle administrative des patients, et très peu vers l'informatisation des processus de soins. L'établissement dispose, actuellement, d'un dossier patient papier, conservé dans les secrétariats médicaux des unités entre 3 et 10 années selon les pôles, avant d'être archivés dans un bâtiment dédié sur le site principal de l'établissement. La procédure relative aux modalités d'archivage n'est pas validée, au jour de la visite, et les experts-visiteurs ont pu constater que les règles sont très variables selon les pôles, rendant parfois difficile l'accès aux dossiers archivés, en dehors des heures de présence des secrétaires médicales. L'établissement ne dispose pas d'un référentiel unique de structure (juridique, géographique, fonctionnel), piloté et mis à jour régulièrement dans les applicatifs, en temps utile ; comme le confirme l'indicateur « « Hôpital numérique » » associé.
Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.	Partiellement	Le système d'information actuel de l'établissement est peu utilisé comme outil d'aide à la décision ou comme facteur d'amélioration des organisations et des processus métier. Le dossier patient papier suit le patient tout au long de sa prise en charge, et des fiches de synthèse infirmières, médicales permettent d'assurer la continuité de la prise en charge entre l'intra et l'extrahospitalier, dès la fin de la période d'hospitalisation.
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	Un audit sur les différentes thématiques du système d'information a été réalisé par un organisme extérieur, présenté au COPIL « Système d'information » le 12 février 2014. Le rapport propose des préconisations et axes d'amélioration, mais ceux-ci ne sont pas, compte tenu de la livraison récente des conclusions de l'audit, intégrés dans un plan d'actions formalisé et validé par la Direction et les instances de l'établissement. À noter que l'établissement a

En grande partie	recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.
------------------	--



## Référence 5: Le système d'information

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

Cotation

D

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Non

L'organisation de la sécurité du système d'information n'est pas définie en l'absence d'une politique dédiée et d'un responsable désigné pour la sécurité des systèmes d'information. La sécurité des données n'est pas organisée. Ainsi, l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et la traçabilité des accès au système d'information ne sont pas formalisées. Un audit a été réalisé par un consultant extérieur et fait état, entre autres, d'une absence de sécurisation générale du réseau pouvant entraîner une indisponibilité consécutive du système d'information pour les utilisateurs. Il n'existe pas de Charte d'utilisation de l'informatique, intégrée à la gestion documentaire, permettant de définir des règles de sécurité en matière d'utilisation de ressources informatiques, pour les professionnels de l'établissement. Constat que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

<p>Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.</p>	<p>Non</p>	<p>Il n'existe pas de plan de reprise formalisé couvrant l'ensemble du système d'information, ni d'analyse des risques formalisée. L'établissement n'a pas défini d'organisation garantissant le rétablissement de l'accès au système d'information dans tous ses composants en cas de panne la nuit, le week-end et les jours fériés. L'établissement, en l'absence d'un plan de reprise des activités et/ou de procédures dégradées, ne garantit pas la continuité du fonctionnement de l'établissement en cas d'arrêt de certaines applications. L'audit réalisé fait apparaître des points critiques, mais ceux-ci ne sont pas, pour l'instant, repris dans un plan d'actions. Constat qui confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le dispositif de sécurité du système d'information a fait l'objet d'un audit détaillant, notamment les points critiques en matière de sécurité. Des axes d'amélioration sont proposés, mais le plan d'actions n'est pas formalisé, validé et donc mis en œuvre.</p>

## 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

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

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.	En grande partie	
Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les situations identifiées font l'objet de dispositifs de sécurité adaptés (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

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

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

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

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



## 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.*

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

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

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

### Critère 6.d Gestion du linge

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

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

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

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

### Critère 6.e Fonction transport des patients

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

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

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

### Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

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

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



## Référence 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.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les différents processus logistiques (internes ou externes) sont évalués, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est évaluée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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

### Critère 7.a Gestion de l'eau

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

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie, et validée par l'EOH ou le CLIN (ou équivalent).	Oui	
La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un plan de maintenance préventive et curative des installations, élaboré avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), est mis en oeuvre.	Oui	
Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), et tracés.	Oui	

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

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

### Critère 7.b Gestion de l'air

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

NA

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

En grande partie

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

En grande partie

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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

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

### Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

<b>Cotation</b>		
	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un diagnostic énergétique est réalisé.	Oui	
Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.	Oui	
Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.	Oui	



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

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

### Critère 7.d Hygiène des locaux

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

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les actions à mettre en oeuvre afin d'assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'EOH ou la CME.	Oui	
En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations.	Oui	
Les responsabilités sont identifiées, et les missions sont définies.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	Oui	

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

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

### Critère 7.e Gestion des déchets

**Cotation**

B

#### 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.

En grande partie

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.	En grande partie	
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	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	<p>L'établissement a élaboré un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui décline la politique globale et les objectifs d'amélioration fixés. Le programme comprend trois axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir la qualité de la prise en charge et de la sécurité des soins.</li> <li>- Assurer un niveau de sécurité optimum en coordonnant et en prévenant les risques.</li> <li>- Favoriser la démarche d'évaluation et développer la culture de l'évaluation.</li> </ul> <p>Il est constitué d'objectifs qui sont traduits en plans d'actions au niveau de l'établissement. Certaines de ces actions sont déclinées en actions spécifiques ou transversales au niveau des secteurs d'activité cliniques, médico-techniques, administratives, techniques et logistiques. Le programme est assorti d'indicateurs de suivi comme les indicateurs nationaux, le signalement des vigilances et des événements indésirables, le nombre de plaintes et réclamations, etc. Un bilan du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQ)</p>

	Oui	est réalisé a minima annuellement jusqu'en 2012.
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Oui	<p>Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins prend en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'analyse de la conformité à la réglementation ;</li> <li>- l'analyse des événements indésirables et le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite ;</li> <li>- les actions à mettre en place suite aux recommandations et décisions de la HAS ;</li> <li>- les engagements fixés dans le CPOM ;</li> <li>- la prise en compte des dysfonctionnements et des risques graves et récurrents, notamment sur la prise en charge médicamenteuse, les chutes ou encore les actes de violence ;</li> <li>- la lutte contre les infections associées aux soins ;</li> <li>- la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles (DMS) ;</li> <li>- les dispositifs de vigilance ;</li> <li>- les risques associés aux soins et identifiés a posteriori et a priori ;</li> <li>- l'analyse des plaintes et réclamations en lien avec la CRU.</li> </ul> <p>Pour chaque plan d'actions, un ou plusieurs pilotes sont identifiés et un échéancier est défini. Les plans d'actions font l'objet d'un suivi au niveau de l'établissement et de chaque secteur d'activités.</p>
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 est présenté annuellement aux instances de l'établissement. Le programme 2013 a été présenté au Directoire, au Conseil de surveillance, à la CME, à la CSIRMT et au CTE, en avril 2013.



	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Chaque secteur d'activité met en oeuvre les actions du programme le concernant. Un responsable est désigné pour chaque action. Un délai de réalisation est fixé pour chaque action d'amélioration définie ainsi qu'une date de finalisation.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	L'ensemble des actions du PAQ fait l'objet d'un suivi annuel par le service qualité afin d'assurer un pilotage global. Les Directions fonctionnelles réalisent un bilan annuel de leurs objectifs qualité/risques, à l'exception de la DRH qui le fait de manière semestrielle. Par ailleurs, les pôles d'activité cliniques et médico-techniques ont réalisé, en 2013, un bilan annuel de leurs objectifs à l'exception du pôle EST qui fait le point toutes les six semaines. Des objectifs qualité/risques sont inscrits dans les contrats de pôles qui ont également fait l'objet d'une évaluation en 2013.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	L'établissement mesure annuellement l'atteinte des objectifs du programme au niveau de chaque pôle et au niveau de l'établissement. Le tableau de bord d'indicateurs qualité/risques élaboré par le service qualité ainsi que les indicateurs des contrats de pôles contribuent à cette évaluation.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Il existe un examen annuel de l'atteinte des objectifs du PAQ par le Comité de pilotage qualité. La politique qualité/risques a été modifiée en janvier 2013. Depuis juin 2013, le Comité de pilotage qualité est devenu le Comité de

Oui	pilotage qualité gestion des risques.
-----	---------------------------------------

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**

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est définie dans l'établissement.	En grande partie	Depuis avril 2013, une fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est définie et dévolue au directeur des soins, chargé, également, de la qualité et de la gestion des risques pour une quotité de 0.10 %. Le coordonnateur ne dispose pas, au jour de la visite, d'une fiche de mission validée.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour de l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins sont évaluées.	Non	

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**

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement met en oeuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires, en fonction du plan de priorisation.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	Partiellement	
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	En grande partie	Les risques analysés ont été hiérarchisés avec une méthodologie définie. Cependant, l'établissement n'a pas encore analysé l'ensemble de ses risques dans tous les secteurs d'activité.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risques sont mises en place.	Partiellement	
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi de la mise en oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	En grande partie	
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Partiellement	L'analyse de l'efficacité des actions mises en œuvre a été réalisée concernant la prise en charge médicamenteuse et la bientraitance pour lesquelles des audits ont été effectués. Le bilan 2013 des événements indésirables montre une nette amélioration des signalements d'erreurs médicamenteuses, de même, le nombre des analyses des causes profondes a fortement augmenté. Néanmoins, l'établissement n'a pas analysé l'ensemble de ses risques, et n'a pas vérifié l'efficacité des actions mises en œuvre concernant les risques analysés.

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

Critère 8.e  
Gestion de crise

<b>Cotation</b>	B	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une Cellule de crise est opérationnelle.	Oui	



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

Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
<p>Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement a rédigé, en 2006, une « Procédure de déclaration et de gestion des vigilances sanitaires, des événements indésirables et des situations à risques » qui décrit le signalement, le traitement et l'analyse des signalements effectués. Cette procédure est en cours de réactualisation. Depuis septembre 2012, il existe, également, un guide de signalement de l'erreur médicamenteuse. Les notions de gravité et de fréquence existent. On retrouve plusieurs supports papiers de signalement tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une fiche « généraliste » ;</li> <li>- une fiche pour les erreurs médicamenteuses ;</li> <li>- une fiche pour les sorties sans autorisation ;</li> <li>- une pour les AES ;</li> <li>- une fiche pour les accidents de travail.</li> </ul> <p>Les différents systèmes de signalement des événements indésirables sont coordonnés par le service qualité gestion des risques d'une part et par le Comité de coordination et de gestion des risques de l'établissement, d'autre part.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels ont bénéficié de plusieurs formations à l'utilisation des supports de signalement. Le service qualité a initié la formation dans l'ensemble de l'établissement, au démarrage de la mise en place du dispositif en octobre 2006, puis des rappels ont été effectués en 2007, lors de la diffusion de la procédure de signalement et plus récemment en septembre 2012, dans les services cliniques et médico-techniques, à l'occasion de la campagne de signalement des erreurs médicamenteuses. Les référents qualité de l'établissement, ainsi que les cadres rappellent régulièrement aux professionnels les consignes de signalement. L'établissement a déposé une demande d'enregistrement en tant qu'organisme de DPC auprès de l'ODGPC, sur un programme « Développement des connaissances des professionnels en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques ». Des supports de formations existent.</p>
<p>Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels du service qualité gestion des risques, les référents en hygiène ainsi que la quinzaine de personnes participant aux CREX sur les erreurs médicamenteuses sont formés à l'analyse des causes ainsi qu'à leur processus de hiérarchisation. Les supports de formation existent.</p>
<p>L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le cadre de santé positionné sur la gestion des risques au service qualité gestion des risques examine les événements indésirables qui lui parviennent. De manière hebdomadaire, il hiérarchise les événements et identifie les événements indésirables graves comme, par exemple, les erreurs médicamenteuses. Chaque analyse des causes profondes est réalisée avec une méthode validée et associe les professionnels du service qualité risques et les acteurs concernés. Cette analyse, structurée et participative, est réalisée de façon régulière et progressive. A minima, au moins une des personnes présentes lors de l'analyse est formée à la méthode utilisée.</p> <p>Cependant, en visite, les experts ont constaté, dans le bilan 2013 des événements indésirables, des signalements pour lesquels il n'y avait pas eu d'analyse des causes profondes</p>

	En grande partie	(uniquement une enquête). L'échelle de hiérarchisation utilisée jusque fin 2013 par l'établissement n'avait pas objectivé le déclenchement d'une analyse des causes profondes.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en oeuvre à la suite des analyses.	Oui	Après chaque analyse approfondie, une synthèse et un plan d'actions sont formalisés. Des actions correctives sont mises en oeuvre en tenant compte de leur hiérarchisation. Des personnes référentes sont désignées, un plan d'actions est défini ainsi qu'un tableau de suivi.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	L'analyse des événements indésirables permet d'identifier les causes profondes des événements récurrents comme les chutes et les situations de violences pour lesquelles l'établissement a mis en place des actions correctives comme la tenue d'une EPP transversale – stade 2 au moment de la visite - pour les chutes et des formations dans l'ensemble des services concernant les situations de violence.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	En grande partie	Le service qualité réalise chaque année un bilan de l'ensemble des signalements effectués ainsi qu'un rapport d'activité. Il suit également un tableau de bord d'indicateurs où figurent les chutes et les situations de violence. Cependant, le bilan annuel des événements indésirables 2013 n'a pas été communiqué, ni auprès des professionnels, ni auprès des usagers ou de leurs représentants en CRUQPC.

## 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.*

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

Critère 8.h  
Bon usage des antibiotiques



<b>Cotation</b>	A	
<b>Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales</b>	<b>Classe associée à la valeur du score ICATB</b>	<b>Constats</b>
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	Oui	La prescription initiale d'antibiotique se fait sur une fiche jaune spécifique. La quantité maximale de produits délivrée par la pharmacie ne dépasse pas 72 heures. La fiche comprend un item permettant de tracer la date de la réévaluation. C'est sur la foi de cette réévaluation que la pharmacie délivre si besoin la suite du traitement. En 2012, un audit sur la réévaluation a été mené et montre une conformité à 70 %. Les experts en visite ont pu constater, dans tous les dossiers présentés, une réévaluation de l'antibiothérapie.

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**

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	En grande partie	



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

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

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

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

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

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

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La gestion des équipements biomédicaux est évaluée, et donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

## 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**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

L'établissement a défini une organisation pour la gestion des plaintes et des réclamations, formalisée dans une procédure datant de février 2007. La CRUQPC est en place, son règlement intérieur a été validé. Cependant, elle ne s'est, seulement, réunie qu'à deux reprises en 2012 et ne respecte donc pas la fréquence prévue par les textes applicables en la matière. Un registre unique est disponible à la Direction pour les plaintes et les réclamations. Les responsabilités sont définies, avec la désignation, notamment d'une personne chargée des relations avec les usagers. Les médiateurs (médecin et non-médecin) sont désignés. Les usagers sont informés par le biais du livret d'accueil des modalités pratiques pour formuler une plainte ou une réclamation, de la personne à qui l'adresser, des missions de la CRUQPC et des possibilités de médiation.

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

Oui

L'établissement a mis en place un dispositif permettant un échange d'informations sur les plaintes et les réclamations et le système de déclaration des événements indésirables. La Direction des relations avec les usagers réceptionne les fiches d'événements indésirables concernant la prise en

	Oui	charge du patient. Le bilan de ces événements indésirables est, par ailleurs, présenté en CRUQPC, par la Direction qualité.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	La procédure interne de gestion des réclamations et des plaintes définit les modalités d'association des professionnels concernés participant à l'élaboration de la réponse au plaignant.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	L'établissement a mis en place un dispositif d'information du plaignant sur le traitement de sa plainte (lettre de réception) avec le rappel, si besoin, du recours possible au dispositif institutionnel de médiation. Une fois l'enquête menée et/ou les actions correctives mises en œuvre, la Direction assure un retour d'information au plaignant par courrier dans des délais, conformes à la réglementation en vigueur.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	En grande partie	L'intégralité des plaintes et réclamations est portée à la connaissance des membres de la CRUQPC, et l'analyse est réalisée en concertation avec la CRUQPC. Le rapport annuel de la CRUQPC intègre un bilan quantitatif des plaintes. Celui-ci intègre le délai de réponse. L'analyse et/ou l'examen des plaintes ne donnent pas lieu à la définition d'actions d'amélioration.

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

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

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

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



## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

# PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

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

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

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

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.c - Santé mentale

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

<b>Cotation</b>		
	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	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.	En grande partie	
Des actions d'amélioration, en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont menées.	Oui	



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

A

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

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

Oui

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

NA

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

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

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

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	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.

**Critère 10.e - Santé mentale**

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



<h1>Cotation</h1>	<h2>C</h2>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	Le projet médical, le projet de soins et le projet qualité intègrent la promotion du respect des libertés individuelles. La promotion du respect des libertés individuelles par l'affichage de la Charte de la bientraitance, la Charte de la personne hospitalisée et la présentation des droits de la personne hospitalisée dans le livret d'accueil.
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	En grande partie	Les communautés médicales et soignantes de l'établissement ont mis en place une réflexion formalisée, concertée, incluant un représentant des usagers, sous forme de fiche action et intitulée « Engager une réflexion sur la liberté d'aller et venir ». Son objectif est par une série de consultations et de réunions, d'identifier les conditions de préservations des libertés individuelles par un état des lieux sur l'ensemble des services de soins de psychiatrie générale. De manière transversale, une EPP concernant les conditions et modalités de « Mise en chambre d'isolement thérapeutique » a été menée. Cette démarche pluriprofessionnelle a permis l'élaboration d'une procédure « Mise en chambre d'isolement thérapeutique », validée et appliquée à ce jour. La réflexion sur la préservations des

	En grande partie	libertés individuelles et les risques de leur non-respect n'est pas formalisée pas dans les projets médicaux des services de soins et des pôles.
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	Les communautés médicales et soignantes de chaque service de psychiatrie générale de l'établissement ont mis en place une réflexion concertée. Elle permet d'identifier les situations nécessitant une restriction de liberté. Ainsi, a été élaboré par chaque service un document définissant les règles et modalités des restrictions de liberté appelé « Règlement intérieur » applicable lors de la prise en charge. Celui-ci est affiché dans le service de soins, et présenté à la personne en soins pour acceptation lors de la signature du contrat de soins. Ce dernier engage la personne en soins à respecter des règles de vie comprenant les modalités de circulation au sein l'établissement et dans les unités de soins.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	Des formations, relatives aux droits des patients, sont organisées au sein de l'établissement. Trente professionnels ont, ainsi, pu en bénéficier. Au cours de la formation dédiée à la prise en charge des détenus, proposée aux professionnels de l'établissement, la thématique du respect des libertés a été, également, abordée. Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, l'établissement a participé à des journées d'information, ouvertes à l'ensemble des professionnels. Enfin, lors de la CME du 28 juin 2013, la présentation de la réflexion du groupe de travail sur la liberté d'aller et venir a permis de sensibiliser l'ensemble de la communauté médicale à cette problématique.
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Partiellement	Afin d'assurer la sécurité des personnes hospitalisées et des professionnels, l'établissement a décidé, en 2009, d'installer, après autorisation préfectorale, des caméras de vidéo-surveillance au sein des unités de soins, notamment dans les circulations et les chambres d'isolement. Le

	Partiellement	<p>dispositif initial prévoyaient l'utilisation de ces équipements uniquement la nuit. Or, lors de la visite, les experts-visiteurs ont pu constater que les caméras fonctionnaient également de jour. Malgré la présence d'une signalétique située à l'entrée de chaque unité, l'information des patients et/ou des visiteurs, n'est pas organisée ainsi que le recueil du consentement.</p> <p>L'établissement a défini, par ailleurs, une organisation pour le respect des libertés individuelles qui permet l'identification de situations mettant en jeu le respect des libertés individuelles telles que la mise en sécurité des biens personnels et la mise en chambre d'isolement. Pour ces deux situations, des procédures ont été élaborées, validées et diffusées. Le règlement intérieur des services énoncent l'organisation des restriction de liberté qui s'impose, par défaut, à toute personne en soins.</p>
La réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	En grande partie	Les différentes réunions pluriprofessionnelles au sein des unités de soins de synthèse cliniques permettent de discuter de chaque patient faisant l'objet de restrictions de liberté. Ces décisions sont expliquées par le médecin et le soignant au patient auprès duquel est recherché le consentement. Les éléments de la concertation ne sont pas systématiquement tracés dans le dossier du patient malgré une fiche dédiée.
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	En grande partie	Les situations de restriction de liberté font l'objet d'une prescription tracée dans le dossier du patient sous forme d'autorisations. La concertation en équipe pluriprofessionnelle permet la réévaluation de ces décisions, mais la périodicité des évaluations n'est pas définie dans le projet de soins.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté n'est pas évalué à périodicité définie. La démarche n'est pas structurée. Les enquêtes de satisfaction du patient, conduites chaque année, recueillent l'avis de l'intéressé sur cette question. Les résultats des enquêtes de satisfaction

	Partiellement	sont transmis auprès des bureaux de pôles et ces derniers produisent, si nécessaire, un plan d'actions correctives. Un état des lieux, effectué par le groupe chargé de la réflexion sur la liberté d'aller et venir au sein de l'établissement, a été présenté à la CME et au Directoire. Cette communication n'a pas été suivie d'un plan d'actions.
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.	Non	En l'absence d'une évaluation structurée et régulière, les actions nécessaires à l'amélioration de la gestion de restriction de liberté ne sont pas mises en œuvre.

## 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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.	Oui	
Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave 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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la satisfaction du patient, quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	



**Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient****Critère 11.b - Santé mentale  
Consentement et participation du patient**

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

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

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

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

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

## 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

La politique de la prise en charge de douleur est formalisée depuis 2009. Elle se décline en un programme d'actions visant à améliorer la prise en charge de la douleur. Cet objectif est inscrit dans le programme qualité, sécurité des soins et gestion des risques. Le CLUD est opérationnel depuis 2007, et a fusionné avec le COMEDIMS afin de former une seule instance, qui devient une sous-commission de la CME chargée de la politique du médicament et de la douleur : la SCOMEDD. Cette sous-commission pluriprofessionnelle intègre l'ensemble des services de l'établissement.

Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.

En grande partie

Des protocoles ont été élaborés en associant les professionnels pour les différentes prises en charge de la douleur psychique et/ou somatique. L'activité de soins de l'établissement est organisée pour la détection, la prise en charge et la prévention de la douleur à l'aide de protocoles afférents au dépistage et à l'orientation du patient douloureux (18/01/10) et l'évaluation de la douleur (15/03/13). Les protocoles existants sont diffusés et accessibles aux professionnels sur l'intranet de l'établissement.

	En grande partie	L'établissement accueille en hospitalisation complète et en hôpital de jour des enfants et des adolescents. Au jour de la visite, il n'y a pas de protocole de prise en charge de la douleur adaptée à la spécificité de cette population.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des actions de formation et de sensibilisation des professionnels à la prise en charge de la douleur sont menées en cohérence avec les besoins identifiés. Ainsi, en 2010, 54 professionnels médicaux et paramédicaux ont bénéficié d'une formation ; 30 professionnels en 2012 et 29 professionnels en 2013. La formation des référents « douleur » est organisée et coordonnée par la SCOMEDD. Les programmes et supports de formation sont élaborés en collaboration avec la SCOMEDD. Un programme relatif à la prise en charge de la douleur est déposé dans le cadre du DPC pour l'année 2014. Ces formations ont été complétées par l'organisation de journées sur cette thématique telles que la douleur interface entre le soma et le psyché (10/05/2013) ou la prise en charge de la douleur dans un établissement de santé mentale en mars 2013.
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 est réalisée au fil de l'eau dans l'ensemble des secteurs de soins en fonction des situations rencontrées. La démarche d'éducation n'est pas complètement structurée sur l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	La SCOMEDD suit, depuis 2012, la traçabilité de la douleur dans le dossier patient par le biais d'indicateurs de type IPAQSS. Les résultats démontrent que la traçabilité est majoritairement effective : 80 % de conformité en 2012, et 87 % en 2013.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	L'évaluation de la douleur après dispensation d'un traitement antalgique est réalisée, et tracée dans le dossier du patient conformément à la procédure relative à l'évaluation de la douleur dans l'établissement. Le traitement est réajusté en fonction des observations infirmières et des

	Oui	évaluations cliniques. Les modifications de traitement sont tracées dans le dossier du patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non-communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les outils d'évaluation de la douleur, adaptés pour les patients communicants et non-communicants, sont mis à disposition des professionnels (échelles EVA, échelle ECPA).
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	En grande partie	L'un des objectifs de la mission des référents « douleur", identifiés au sein des unités de soins, vise à l'information, à la sensibilisation des professionnels et à l'évaluation quant à l'appropriation des outils existants mis à disposition pour l'évaluation de la douleur chez les patients algiques. Cependant, les évaluations entre 2011 et 2013, au travers d'indicateurs type IPAQSS permettent de démontrer que les outils sont très peu utilisés.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	La SCOMEDD a réalisé des audits annuels de 2011 à 2013 sur la qualité de la traçabilité de l'évaluation de la douleur. Cette démarche est renforcée par une enquête de satisfaction des patients hospitalisés en soins ambulatoires (hôpital de jour) au cours des exercices 2011, 2012, 2013. Elle laisse apparaître un fort taux de satisfaction de la prise en compte de la douleur et de son traitement. Le suivi de la consommation des antalgiques initié et suivi par la SCOMEDD depuis 2009 montrent une augmentation de l'utilisation de ceux-ci.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	Des actions d'amélioration ont été identifiées suite aux audits réalisés. Elles s'inscrivent dans le programme d'actions annuel de la SCOMEDD, sans toutefois que les modalités de suivi de leur mise en œuvre aient été définies.

<p>L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement n'a pas défini d'organisation en vue de finaliser un programme d'actions visant un partage d'expériences et d'informations avec des réseaux ou des acteurs régionaux. Cependant, deux conventions existent avec les équipes des centres antidouleur de la région de Saint-Omer et de Béthune, venues en mars 2013, échanger sur des cas cliniques de patients douloureux. De plus, un psychiatre de l'établissement participe chaque année au congrès de la Société Française d'Évaluation et de Traitement de la Douleur.</p>
--	-------------------------	---



## Référence 13: La fin de vie

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

En grande partie

Du fait de la spécificité de l'activité psychiatrique de l'établissement, celui-ci n'a pas mis en place une organisation spécifique concernant la prise en charge des besoins des patients en fin de vie. Le nombre de situations est estimé insuffisant pour définir un dispositif dédié.  
Ce type de prise en charge se définit au cas par cas, dans le cadre du projet individualisé. Les conventions, établies entre l'établissement et les équipes de soins palliatifs des CH de Béthune et Saint-Omer, permettent d'apporter et de proposer un accompagnement individualisé si besoin.

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

Oui

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

Partiellement

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle 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.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

## 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	Le dossier patient papier suit le patient tout au long de sa prise en charge, et des fiches de synthèse infirmières et médicales permettent d'assurer la continuité de la prise en charge entre l'intra et l'extrahospitalier, dès la fin de la période d'hospitalisation. L'établissement a élaboré les procédures de tenue du dossier dans un document intitulé « Guide d'utilisation du dossier patient ». Il a été diffusé auprès de l'ensemble des professionnels, qui ont été sensibilisés lors d'une campagne d'information réalisée entre le 29 avril 2013 et le 30 mai 2013. Elle s'est déployée dans tous les services de soins et secrétariats médicaux. Le guide est disponible sur l'intranet de l'établissement.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	En grande partie	Les règles d'accès au dossier du patient par les professionnels sont énoncées dans le guide d'utilisation du dossier patient. Elles sont diffusées auprès des professionnels, disponibles sur support papier et informatique. Elles ont été actualisées en 2013 après validation par la CME. Une procédure d'archivage du dossier

	En grande partie	patient et de son transport complète ce cadre de référence, mais celle-ci n'est pas encore validée. Au moment de la visite, les experts-visiteurs ont pu constater que les règles sont très variables selon les pôles, rendant parfois difficile l'accès aux dossiers archivés, en dehors des heures de présence des secrétaires médicales.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 80 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [77 %-83 %] pour la campagne 2011. L'établissement a mis en oeuvre des actions afin d'améliorer la traçabilité tout au long de la prise en charge du patient.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	La communication des informations relatives à la prise en charge est assurée par le biais de courriers médicaux, fiches de liaison infirmière et fiches de sortie. Celles-ci circulent entre les intervenants des unités intra et extrahospitalières, et les professionnels des unités fonctionnelles implantées dans d'autres établissements hospitaliers ou dans le service de soins pénitentiaires (UCSA). En cas d'urgence, la transmission des données médicales et de prise en charge est effectuée par fax ou par réseau numérique, entre l'extra et l'intrahospitalier, afin d'assurer la continuité des soins. L'archivage des dossiers de soins papier s'opère dans le service, ou il est généré en début de prise en charge. Il est géré par le secrétariat médical. Cette organisation, dans le cas d'une fermeture d'un secrétariat de structure extérieure, ne permet pas un accès aux données pendant au moins 48 heures, si l'hospitalisation intervient sur un week-end ou sur un jour férié.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille chaque année, depuis 2012, l'indicateur « Tenue du dossier du patient ». Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation comme le relevé annuel des IPAQSS. À noter que l'établissement a recueilli les

	Oui	indicateurs numériques au moment de la visite.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	En grande partie	L'établissement, au travers du groupe de travail « DPA » a identifié des actions d'amélioration, notamment la sensibilisation des professionnels intervenants aux bonnes pratiques de saisie dans le dossier patient. Toutefois, ces axes ne sont pas formalisés au sein d'un plan d'actions structuré.

## 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.

En grande partie

L'accès du patient à son dossier fait l'objet d'une procédure. Cette procédure, en date du 26 février 2007, décrit les modalités de cet accès. Cependant, elle ne décrit pas les modalités de l'accès pour les ayants droit. L'accès du patient à son dossier est abordé, et les modalités sont précisées dans le livret d'accueil au travers notamment de la Charte de la personne hospitalisée.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Le patient est informé de ses droits d'accès à son dossier dans la Charte de la personne hospitalisée, affichée dans l'établissement et intégrée au livret d'accueil. Le livret d'accueil présente également les conditions d'accès au dossier patient.

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

Oui

Une personne chargée des relations avec les usagers a été désignée pour gérer les différentes demandes et s'assurer du respect des délais d'accès du patient à son dossier. Un tableau de bord du suivi des délais de l'instruction des demandes a été mis en place, et le suivi est confié à la personne référente. Celle-ci centralise les demandes de



	Oui	dossiers, en organise l'accès, et effectue un suivi concernant le nombre de demandes et les délais de réponse. La permanence médicale permet au patient d'accéder à son dossier dans les délais réglementaires, sachant que l'établissement reçoit une quarantaine de demandes par an (43 en 2012).
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	Les délais de transmission des dossiers aux patients sont conformes à la réglementation en vigueur, et font l'objet d'un suivi informatisé. L'analyse des délais n'est pas réalisée, mais l'établissement dispose d'une organisation et des ressources nécessaires pour procéder à cette analyse, en lien avec les membres de la CRUPQPC et mettre en œuvre des actions correctives.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRUQPC est informée des demandes de dossiers, et les données sont communiquées aux membres de la CRUQPC, et intégrées dans le rapport d'activités annuel.

## Référence 15: l'identification du patient

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



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis. Ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé. La Cellule d'identitovigilance (CIV) est en place et est opérationnelle. Une politique est définie et intègre des objectifs, tant pour les services administratifs que pour les professionnels de santé. Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. Les personnels chargés de l'accueil mettent en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient. Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. Une Charte formalisée précise les règles d'identification, la composition et les missions de la CIV, les processus et les circuits informatiques, en lien avec les trois logiciels utilisés dans l'établissement et en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement. Elle précise les ressources, intègre les indicateurs de suivi comme le nombre de fusions

	Oui	et de défusions, ainsi que les protocoles de gestion des situations particulières comme « Le protocole d'identification des personnels et VIP ». L'établissement a identifié des points critiques, comme la prise en charge médicamenteuse et la réalisation des examens de biologie.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Partiellement	Les personnels administratifs ont été formés. Les supports de formation sont en place. Cependant, les professionnels paramédicaux n'ont pas reçu de formation spécifique à la vérification de l'identité. Une sensibilisation a été réalisée, en novembre 2012, lors de la semaine sécurité des patients, à l'aide d'une affiche diffusée dans l'ensemble des secrétariats et des services. Ce support rappelle les bonnes pratiques d'identification, tant à l'entrée du patient qu'au cours de l'administration d'un traitement ou encore lors de la réalisation d'un examen biologique, d'un acte paraclinique ou en consultation. Il n'a pas été défini d'identification des besoins, d'objectifs et de cibles en matière de formation. Il n'existe pas de programme de formation.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Des procédures de vérification de l'identité des patient à leur admission ont été établies par la CIV, en lien avec les professionnels concernés. Ces procédures sont disponibles sur intranet et dans les classeurs qualité. Elles sont actualisées et mises en œuvre.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Partiellement	Les équipes vérifient la bonne identité du patient à l'entrée, lors de l'administration des médicaments et des prélèvements sanguins. Il n'existe pas de procédure formalisée de vérification de l'identité dans les secteurs cliniques. Les experts en visite ont constaté qu'il n'existait aucune traçabilité en matière de vérification d'identité.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Il n'existe pas d'évaluation portant sur la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge. Le dispositif d'évaluation n'est pas structuré dans son ensemble, même si les secrétaires de la CIV suivent mensuellement l'évolution des indicateurs liés à la fiabilité de l'identification du patient à l'admission, comme les doublons ainsi que les événements indésirables s'y rapportant. Elles effectuent également des requêtes mensuelles sur cette partie de l'activité, et mettent en place des actions d'amélioration comme le soutien téléphonique des professionnelles en difficultés, et envoient régulièrement à l'ensemble des secrétaires des mails de rappel de bonnes pratiques. Concernant les bonnes pratiques soignantes, le Comité technique de la prise en charge médicamenteuse traite les problèmes liés à l'identitovigilance lors des CREX « médicament ». Les actions d'améliorations identifiées sont suivies, un référent est nommé et une date d'échéance planifiée.</p>
---	----------------------	---

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

## Référence 16: l'accueil du patient

### Critère 16.a - Santé mentale Dispositif d'accueil du patient

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	Oui	

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

### Critère 17.a - Santé mentale

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	



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

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

**Critère 17.b**  
**Prise en charge somatique des patients**



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

Cotation	C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Un projet de prise en charge somatique est formalisé.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La prise en charge somatique du patient est assurée. Les ressources sont définies, notamment en ce qui concerne l'équipe de somaticiens, au nombre de huit équivalent temps plein. Chaque service d'hospitalisation adulte bénéficie d'un temps plein attiré. La pédopsychiatrie, quant à elle, dispose d'un temps partiel, mais ce poste est vacant à ce jour.</p> <p>Chaque patient hospitalisé dans l'établissement est vu en entretien dans les 24 heures de son arrivée par un somaticien : le jour par le médecin du service qui accueille le patient, pendant la nuit et les jours fériés par le médecin de garde qui peut être un interne de spécialité ou généraliste.</p> <p>Les observations médicales à l'entrée sont consignées dans le dossier ainsi que l'anamnèse somatique tracée sur une fiche dédiée.</p> <p>Cependant, le projet médical de l'établissement n'intègre pas le projet de prise en charge somatique. L'organisation dédiée, mise en place, n'est pas formalisée ni intégrée au projet d'établissement.</p>

Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.	En grande partie	Les consultations de spécialistes qui ont lieu dans l'établissement se déroulent dans le service dédié. Une vacation hebdomadaire est assurée pour chacune des spécialités suivantes : cardiologie, pneumologie, dermatologie, odontostomatologie et radiologie. Des conventions ont été signées avec les CH de Béthune-Beuvry, de Saint-Omer pour le recours aux autres spécialités et aux hospitalisations en urgences, et avec le CH d'Helfaut pour la prise en charge de la douleur. Dans les services d'hospitalisation pédopsychiatrique, un pédiatre assure deux vacation par semaine. Ces modalités de recours aux spécialistes ne sont pas formalisées.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.	Oui	Chaque patient hospitalisé dans l'établissement, à son arrivée, bénéficie d'une évaluation somatique. Cette dernière est consignée dans le dossier du patient, sur une fiche dédiée nommée « Examen somatique ». Elle est déployée et utilisée dans tout l'établissement. Les résultats du dernier audit relatif à la tenue du dossier patient, dans le cadre de la campagne IPAQSS, confirment également la présence de l'évaluation somatique initiale dans 100 % des dossiers tirés au sort.
Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.	En grande partie	Le somaticien, lors de l'examen initial, et compte tenu de l'état clinique du patient, peut juger nécessaire de planifier des bilans à échéance régulière. Dans tous les autres cas, la périodicité des bilans somatiques pendant l'hospitalisation n'est pas définie. Les données somatiques du patient, consignées sur la fiche dédiée du dossier du patient, sont accessibles aux personnels de l'unité d'hospitalisation tout au long du séjour. Les courriers des avis spécialisés sont, également, rangés dans le dossier du patient, et donc accessibles.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'organisation actuelle de prise en charge somatique n'est pas évaluée dans sa globalité, le dispositif en place n'ayant pas fait l'objet d'une formalisation. Le recueil, dans le cadre de la campagne relative aux IPAQSS, de l'indicateur « Présence du bilan somatique à l'entrée du patient » a permis d'évaluer une partie de la prise en charge somatique du patient.</p>
--	----------------------	---

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

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



### Cotation

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

L'établissement assure et diffuse mensuellement, via intranet et notes d'information, tous les tableaux de gardes et astreintes par catégorie professionnelle. Ils concernent :

- les gardes administratives et soignantes programmées mensuellement ;
- les astreintes psychiatriques ;
- les gardes de médecine programmées trimestriellement ;
- les astreintes de pharmacie également programmées trimestriellement.

Ces différents supports permettent d'assurer la permanence et la continuité, mais il n'existe pas dans l'établissement un document définissant les règles de présence et le déroulement de la permanence des soins 24 h/24.

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.

En grande partie

Les projets de pôles (juillet 2013) définissent les modalités et la continuité de la prise en charge au sein du pôle même. Les réunions de service permettent d'assurer les relais entre l'intra et l'extra. Ces réunions sont programmées à fréquence variable, selon les pôles et la spécificité des soins dispensés dans telle ou telle unité. Ainsi, la fréquence peut être hebdomadaire ou mensuelle. Les soignants, de chaque

	En grande partie	unité concernée par la prise charge du patient traité, y sont conviés. Le compte-rendu est rédigé sur un support spécifique et intégré dans le dossier du patient. Cependant, l'établissement n'a pas formalisé les modalités de coordination entre toutes les équipes associées à la prise en charge et les partenaires extérieurs.
Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	Les modalités de transmission d'information entre les secteurs intra et extra sont formalisées dans le guide « Tenue du dossier patient ». Sur le plan médical, une fiche de liaison médicale assure la transmission entre les CMP, les hôpitaux de jours, les CATTP et les services d'hospitalisation. Le courrier de sortie assure la transmission entre le service d'hospitalisation, l'extrahospitalier et les médecins extérieurs. Les informations paramédicales doivent être tracées sur deux fiches : fiche dite de synthèse rédigée lors de la sortie du patient, l'autre dite de liaison, lors des transferts entre deux services d'hospitalisation. Les fiches sont intégrées au dossier patient.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	Les modalités de collaboration entre les services sont formalisées dans les projets de pôles et déclinées dans les contrats de pôles autour de thématiques ciblées telles que le patient suicidant, la préparation à la sortie ou le traitement de la toxicomanie. Les professionnels sont informés des modalités via les réunions de service ou d'encadrements, ou via intranet. Le projet de soins est décliné en différentes fiches action qui traitent chacune d'une thématique : la prise en charge transversale et multidisciplinaire dans l'Axe 1 (fiche 1.10) « Optimiser et développer des actions thérapeutique et d'éducation à la santé » ; dans l'Axe 2, trois fiches traitent différents aspects de cette thématique sous l'intitulé « Optimiser l'organisation des soins ».

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	L'établissement a signé plusieurs conventions avec le CH de Béthune-Beuvry et la polyclinique de Divion pour des consultations et/ou des hospitalisations urgentes ou encore le CH d'Helfaut pour la prise en charge douleur. Dans l'établissement, il existe un service de médecine interne ainsi que des consultations de spécialistes comme la cardiologie, la dermatologie ou la radiologie. Un service (CSAPA), rattaché à l'établissement, assure l'accueil et la prise en charge des toxicomanes.
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	Chaque patient bénéficie d'un psychiatre référent désigné ainsi que d'un médecin somaticien. Ils sont identifiés par le patient et connus des personnels. Selon les besoins identifiés, un assistant social et un psychologue peuvent être désignés. Les infirmiers peuvent être référent d'un patient sur l'extrahospitalier et/ou lors de prise en charge spécifiques comme en alcoologie. Les référents sont identifiés dans le dossier patient.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	Le recueil et l'analyse des Fiches d'Événement Indésirable, dont celles relatives à l'item « Coordination des soins » sont assurés par la Direction Qualité Gestion des Risques. Cette dernière délègue, au cadre supérieur du pôle concerné, les mesures correctives à prendre tout en assurant le suivi du plan d'action d'amélioration. Différentes EPP traitent de la continuités des soins entre l'intra et l'extra, de la psychiatrie de liaison ou de l'observance thérapeutique. La fiche d'événement indésirable ne comporte pas d'items sur la continuité des soins. De ce fait, le respect des règles de présence n'est pas évalué dans sa globalité.

**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**

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	Oui	



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

## 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.*

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Partiellement	L'établissement n'a pas formalisé de projet de prise en charge spécifique concernant les personnes âgées. Les orientations stratégiques comportent cependant un objectif sur cette thématique (qui vise en particulier l'uniformisation des pratiques). Le projet médical 2011-2015 contient des projets spécifiques dans certains projets de pôles : un projet d'unité de gérontopsychiatrie et un autre pour les patients atteints de démences et de la maladie d'Alzheimer, non réalisés à ce jour.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.*

<b>Cotation</b>	<b>A</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

<b>Cotation</b>		<b>A</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>		<b>Constats</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui		
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>		<b>Constats</b>
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		
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>		<b>Constats</b>

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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



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

<b>Cotation</b>		<b>A</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>		<b>Constats</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui		
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>		<b>Constats</b>
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		
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>		<b>Constats</b>

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

**Critère 19.b - Santé mentale**  
**Troubles de l'état nutritionnel**



Cotation		
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 83 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [72 %-90 %] pour la campagne de recueil 2014 et du fait que l'établissement a défini et mis en oeuvre un plan d'actions associé à l'

	Oui	indicateur.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation. L'établissement réalise une EPP sur le dépistage du syndrome métabolique. Un pôle a réalisé un staff EPP sur les troubles du comportement alimentaire. Il réalise une enquête annuelle de satisfaction auprès des patients hospitalisés qui comprend différents critères concernant les repas.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.c - Santé mentale Risque suicidaire

*Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.*

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



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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

Cotation	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'information de toute personne hospitalisée sans consentement (HDT ou HO), sur les modalités de son hospitalisation et les possibilités de recours, est organisée.	Oui	
Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une sensibilisation et une formation des professionnels à ces modalités d'hospitalisation sont mises en place.	Oui	
Des procédures d'hospitalisation sans consentement sont mises en oeuvre.	Oui	

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

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Il existe une politique concertée et formalisée dans le manuel qualité du circuit du médicament. Ses objectifs généraux visent à diminuer les erreurs médicamenteuses en développant un management de la qualité, en partageant une vision systémique de la prise en charge et en élaborant un programme d'actions. Le projet de soins infirmiers comporte une fiche sur l'organisation et la sécurisation du circuit du médicament. L'établissement a mis en place une sous-commission chargée de la politique du médicament et de la douleur et un Comité technique de coordination de la prise en charge médicamenteuse chargé d'aider le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et le coresponsable. La politique comporte des indicateurs de suivi. Ils sont spécifiés par thématiques : la prescription, la dispensation, la délivrance, le transport, la détention et le stockage, l'administration et l'information du patient, l'éducation thérapeutique, l'efficacité de la prise en charge, les vigilances sanitaires et la lutte contre les erreurs médicamenteuses chez les personnes âgées.

	Oui	<p>La politique prend en compte les suites d'inspection, les décisions de certification et la prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge.</p> <p>L'établissement a retenu une liste de quatre classes de médicament à risques (les anticoagulants, les insulines, les anti-arythmiques et les solutions concentrées de potassium). Une fiche, avec une liste élargie de médicaments à risques, a été diffusée septembre 2013, et il existe un protocole de prévention des maladies thrombo-emboliques.</p> <p>En ce qui concerne les populations à risque, l'établissement a identifié les personnes âgées, et diffusé une procédure sur la maîtrise de la iatrogénie chez la personne âgée.</p> <p>L'établissement organise la formation des nouveaux internes aux spécificités de la prise en charge médicamenteuse. Les autres professionnels et nouveaux arrivants sont informés sur les procédures et protocoles.</p> <p>La politique intègre la question des erreurs médicamenteuses, et les actions d'amélioration définies lors de l'analyse des erreurs médicamenteuses sont suivies.</p>
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Partiellement	<p>Il existe un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse. Ce projet n'est à ce jour pas intégré à un schéma directeur du système d'information. Il a été intégré dans la politique générale de l'établissement, et son paragraphe « Système d'information » approuvé en Directoire en février 2013.</p> <p>Le déploiement n'est pas planifié. Ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » associé, en référence au seuil de progression au moment de la visite.</p>
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	<p>Il existe des outils d'aide à la prescription, comme le livret thérapeutique et des dispositifs médicaux, réactualisé en 2013, un protocole de bonnes pratiques de formulation de prescription et des protocoles concernant certaines prises en charge (ex : les traitements médicamenteux de la douleur aiguë de l'adulte, la prévention de la maladie thromboembolique).</p> <p>Il existe des outils d'aide à l'analyse pharmaceutique : les</p>

	Oui	<p>pharmaciens ressaisissent dans la base Thériaque les prescriptions.</p> <p>Il existe des outils d'aide à l'administration des médicaments comme le guide des bonnes pratiques d'administration du médicament réajusté en 2013 (qui s'appuie sur les préconisations de la HAS), la procédure d'administration des médicaments et d'utilisation des dispositifs médicaux. Les outils sont validés, actualisés, et accessibles aux professionnels.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	<p>Il existe des actions de formation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses. Ces actions ont été réalisées en 2012 et 2013. Elles ont concerné une cinquantaine d'agents (cadres, médecins, personnels de la pharmacie). Des médecins ont été formés en 2013 à la prévention du risque médicamenteux chez les personnes âgées, et aux particularités de prescriptions des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent.</p> <p>Il existe également des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses, en particulier lors des semaines de la sécurité des patients en novembre 2012 et 2013 (le document support des 5 B ainsi que des plaquettes du ministère ont été diffusés dans toutes les unités de soins).</p> <p>La participation aux audits interrégionaux sur le circuit du médicament en 2010 et 2012 et l'utilisation de la cartographie du risque sur le circuit du médicament ont également contribué à former et informer les professionnels aux risques sur le circuit du médicament.</p> <p>Des référents pharmaceutiques en unité de soins sont identifiés : un référent paramédical et un référent médical par service. Une fiche décrit leur rôle et leur mission.</p>

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Non	L'informatisation de la prescription n'est pas en place. La politique générale de l'établissement prévoit l'informatisation des services. Le projet d'informatisation du dossier patient et du circuit du médicament a fait l'objet d'un choix de logiciel suite à un groupe de travail.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	<p>La prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement fait l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif.</p> <p>La pharmacie rédige un rapport annuel d'activité, et dispose d'un tableau de suivi d'indicateurs de pratiques pharmaceutiques ; il concerne tous les professionnels de la pharmacie. Ces documents contiennent des données qualitatives et quantitatives comme le taux de conformité de réévaluation de l'antibiothérapie, le taux de non-conformité des contrôles des températures du réfrigérateur, le nombre d'erreurs médicamenteuses, le nombre d'avis pharmaceutiques, le nombre de prescriptions dispensées, la consommation par grandes classes pharmaceutiques, les consommations par service, le nombre de préparations magistrales, le suivi pluriannuel du budget, les coûts des périmés, le nombre de livraisons et de produits commandés, etc.</p> <p>L'établissement recueille les indicateurs IPAQSS en lien avec la tenue du dossier du patient.</p> <p>La pharmacie a réalisé fin 2013 une enquête de satisfaction des services usagers de la pharmacie. De plus, l'enquête annuelle de satisfaction des patients comporte des items sur la prise en charge de la douleur et sur l'information donnée sur le traitement au patient.</p>
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Il existe un dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses à la disposition des professionnels concernés. Une fiche de « Déclaration d'erreur médicamenteuse potentielle ou avérée » est en place, elle a été diffusée accompagnée d'un document intitulé « Le circuit de la fiche d'erreur médicamenteuse » et d'un courrier, et elle est utilisée.

	Oui	Il existe une organisation pour analyser de façon collective et méthodique les erreurs médicamenteuses. Des outils ont été testés en 2012, les premiers CREX ont eu lieu en 2012. L'ensemble des membres du groupe a été formé à la méthodologie.
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	<p>Les actions d'amélioration sont mises en œuvre, suivies et coordonnées.</p> <p>Le plan d'actions Qualité, Sécurité des soins et Gestion des Risques comporte les actions concernant la prise en charge médicamenteuse. Il ne comporte pas l'exhaustivité des actions en cours, en particulier celles consécutives à une CREX, qui sont suivies sur des plans d'actions spécifiques à chaque CREX, présentés et réévalués à chaque séance trimestrielle de CREX. Plusieurs pôles conduisent des EPP en lien avec la prise en charge médicamenteuse, comme l'amélioration de l'observance thérapeutique du jeune schizophrène entre 20 et 30 ans, et des staffs EPP qui concernent des analyses de dossiers de patients non stabilisés.</p> <p>La rétro-information des professionnels est assurée de diverses façons. Le cadre de chaque service assiste aux réunions de CREX, et est chargé de diffuser l'information dans son service ensuite. Les référents « circuit du médicament » des services sont également réunis pour être informés du bilan des CREX, et sont en charge de communiquer sur celui-ci. Leur fiche de mission le précise.</p>



## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

L'établissement a formalisé les règles de prescription des médicaments, y compris pour les médicaments à risque. Celles-ci se font sur papier. Les règles de prescription en place sont définies dans trois procédures : la procédure de prescription des médicaments et dispositifs médicaux, la procédure de bonnes pratiques de formulation des prescriptions (dispositions légales et réglementaires) et la procédure de prescription des antibiotiques. Des annexes précisent l'identification des nouveaux prescripteurs et la délégation de prescription pour les internes et faisant fonction d'interne. Ces documents sont transmis à la PUI. Pour ce qui concerne les ordonnances nominatives, les règles concernant la validation de la prescription par le pharmacien sont écrites dans une procédure. La liste des médicaments à risque, diffusée en septembre 2013, comporte des indications pour les prescripteurs. Les règles concernent l'hospitalisation complète et l'hospitalisation de jour.  
Le guide d'utilisation du dossier patient décrit l'ordonnance nominative et les règles d'utilisation de chaque partie. Les

<p>En grande partie</p>		<p>supports de prescription, validés et actualisés en place, sont au nombre de trois. Une fiche intitulée « ordonnance nominative » de couleur blanche en format A3, regroupe l'ensemble des prescriptions. Une fiche de couleur jaune, intitulée « ordonnance nominative d'antibiothérapie », tripliquée est également en place. De plus, une fiche de couleur rose et dupliquée concerne la « prescription nominative de toxiques B ».</p> <p>Il existe un support unique de prescription et d'administration. Cette fiche, l'ordonnance nominative, rassemble sur la feuille en format A3 toutes les prescriptions et permet de tracer l'administration durant 5 jours. À partir du sixième jour, les infirmiers agrafent une page supplémentaire en format A4 afin de continuer à tracer l'administration en regard de la prescription. Compte tenu de la présence possible de deux autres feuilles de prescription comportant également les espaces de traçabilité de l'administration (mais ces espaces ne suivent pas ligne à ligne la prescription sur ces supports), certains agents tracent deux fois l'administration d'antibiotiques (sur la fiche jaune et la blanche) et deux fois l'administration de stupéfiants (sur la fiche rose et la blanche). D'autres agents peuvent alors tracer uniquement sur la fiche dédiée, alors l'ordonnance nominative sur la fiche blanche comporte l'exhaustivité des prescriptions mais pas celle des administrations.</p>
<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement est organisé pour informer le patient de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission. Cette information est donnée par les professionnels à l'admission. Dans le livret d'accueil remis au patient, un item « médicament » l'informe également sur la gestion de son traitement personnel à l'admission.</p> <p>Il existe une procédure de gestion du traitement personnel du patient hospitalisé, diffusée en juin 2013. Une fiche de traçabilité de la gestion du traitement personnel du patient y est annexée.</p>

	Oui	Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation. Les procédures « sorties du patient », « transfert » et « traitement personnel du patient » organisent la sortie et le suivi de sa prise en charge médicamenteuse.
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	En grande partie	<p>L'établissement a formalisé l'organisation de l'analyse pharmaceutique. Elle est réalisée à partir de la saisie de l'original de l'ordonnance (qui comporte des données biologiques et cliniques) par un pharmacien et de la base Thériaque (sur laquelle sont saisies les prescriptions par les pharmaciens) pour 90 % des prescriptions à ce jour.</p> <p>Une procédure, réactualisée en 2012, formalise la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles. Une autre, datant de 2010, intitulée « avis pharmaceutique », explique que l'analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée dans la partie réservée à cet effet sur l'ordonnance nominative (la feuille blanche en format A3). Si besoin, le pharmacien peut émettre une opinion pharmaceutique en cas de très forte posologie ou de contre-indication médicamenteuse sur une fiche spécifique, conformément à la procédure de mise en œuvre de la fiche d'avis pharmaceutique qui date de 2010. De plus, le guide d'utilisation du dossier du patient décrit les règles d'utilisation de chaque partie de l'ordonnance nominative. Le manuel qualité de la PUI définit également les modalités de la dispensation des médicaments.</p> <p>Une procédure de dispensation des médicaments et dispositifs médicaux au centre psychothérapique du Ternois, externalisé, est en place.</p> <p>L'établissement a formalisé l'organisation de la délivrance nominative.</p> <p>La procédure de dispensation indique que la délivrance est nominative ou globale pour 7 jours ou pour 4 semaines, selon le type d'unité de soins. Elle se fait soit à partir de l'original de l'ordonnance nominative, soit à partir d'un listing de dotation globale.</p>

<p>En grande partie</p>	<p>Pour le centre psychothérapique du Ternois, externalisé, elle est nominative ou globale, selon la situation (première prescription ou renouvellement ou modification).</p> <p>Une procédure formalise les règles du retrait des stupéfiants à la PUI.</p> <p>La dispensation des antibiotiques est contrôlée, en tenant compte des réévaluations à 48/72 heures et à 7 jours.</p> <p>L'établissement a formalisé l'organisation de la dotation pour besoins urgents dans une procédure et par des listes de dotation redéfinies en 2013. Pour les besoins supplémentaires aux dotations, une procédure définit les modalités de retrait à la PUI par l'infirmier. Pour les demandes en dehors de l'ouverture de la PUI, une procédure formalise la permanence du service pharmaceutique 24 h/24.</p> <p>L'établissement a formalisé l'organisation du conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant comportant leur identification jusqu'à l'administration. Il ne réalise pas de reconditionnement. Les recommandations sont que les médicaments restent conditionnés sous blister ou flacon entier, jusqu'au moment de leur préparation. Les experts-visiteurs ont constaté que les infirmiers ont le souci de respecter cette consigne. Le déconditionnement observé concerne des prises partielles (ex : demi-comprimé), il peut être réalisé juste avant la prise ou au moment de la préparation qui peut être plus à distance de la prise, parfois pour 24 h, l'infirmier déconditionne alors le demi-comprimé à administrer, et replace le reste dans son conditionnement pour la prise suivante.</p> <p>L'établissement a formalisé l'organisation de l'acheminement vers les unités de soins. La livraison pour chaque service est assurée par deux membres de la PUI à l'aide d'un véhicule dédié.</p> <p>Les règles d'hygiène sont formalisées dans la procédure de vérification et d'entretien des armoires à pharmacie. À ce jour l'établissement n'a pas formalisé le nettoyage des caisses en plastique qui servent au transport des médicaments entre la PUI et les unités de soins.</p>
-------------------------	---

<p>En grande partie</p>	<p>Le contenant hermétique, utilisé pour le transport des médicaments entre la PUI et les unités de soins, est soit une caisse en plastique scellée d'un lien (pour la délivrance nominative au guichet de la PUI et pour certaines délivrances nominatives hebdomadaires des services), soit un carton fermé par un ruban adhésif (pour les boîtes nominatives par patient avec le traitement pour 7 ou 28 jours des services en nominatif, et pour certains listings notamment ceux des dispositifs médicaux et du petit matériel). Pour les unités en délivrance globale, les médicaments et DM sont conditionnés dans des cartons fermés par un ruban adhésif.</p> <p>Le respect de la chaîne du froid est formalisé par une procédure pour les réfrigérateurs de la PUI. Il n'y a pas de procédure spécifique sur ce thème pour les unités. Les procédures de transport indiquent cette contrainte par les mentions suivantes : « Indication sur carton si chaîne du froid », « Transport en glacière si chaîne du froid à respecter » ; pour le transport, « De suite si chaîne du froid à respecter » ou « Mise au réfrigérateur si besoin » pour le rangement à l'arrivée. Une fiche de traçabilité de la température du réfrigérateur de chaque unité de soins est en place.</p> <p>L'établissement a formalisé l'organisation de la traçabilité de la réception par une fiche de réception des livraisons, qui prévoit le nom et la signature du réceptionniste. Le contrôle de conformité livraison/commande se fait après la livraison.</p> <p>L'information et le conseil aux utilisateurs sont organisés lors de nouveaux médicaments et par la mise à disposition du Vidal.</p> <p>La réponse aux demandes urgentes de médicaments est formalisée.</p> <p>L'optimisation des stocks est réalisée en PUI et dans les unités par l'organisation de la délivrance nominative ou globale pour des durées déterminées.</p> <p>Il existe des listes des agents habilités à réceptionner des médicaments pour les stupéfiants. Elles concernent tous les infirmiers affectés à l'unité de soins.</p> <p>Les experts-visiteurs ont constaté que, dans les unités visitées, la clé du coffre à stupéfiants est facilement</p>
-------------------------	---

	En grande partie	accessible à chaque infirmier, car elle est rangée dans un endroit connu de tous.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	<p>L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments par la procédure d'administration des médicaments et d'utilisation des dispositifs médicaux. Elle date de juillet 2013. Elle prévoit sa réévaluation tous les 4 ans. Le guide des bonnes pratiques d'administration des médicaments, dont la version actualisée, date de septembre 2013, la complète de façon détaillée.</p> <p>Le guide d'utilisation du dossier patient décrit l'ordonnance nominative et les règles d'utilisation de chaque partie (qui trace quoi et où, tableau de prescription, tableau de dispensation, fiche d'administration). Il indique que la feuille en format A3 vise à tracer 5 jours sur une même partie et qu'ensuite de nouvelles feuilles en format A4 sont àagrafer. Le guide précise que la signature infirmière est un identifiant (en pratique les experts-visiteurs ont constaté que le plus souvent ce sont ses initiales), ou sa signature officielle si celle-ci est lisible, et que ceci est déterminé au préalable sur un glossaire reprenant l'identité et la fonction de l'agent. Ce document est tenu à jour par l'encadrement paramédical.</p> <p>Les experts-visiteurs ont constaté que l'utilisation possible de deux autres supports de traçabilité de l'administration (s'il y a prescription d'antibiotiques ou de stupéfiants) ne permet pas de respecter systématiquement les recommandations d'une traçabilité au regard de la prescription et de regroupement de toutes les traçabilités des administrations sur un même support.</p> <p>De plus, les experts-visiteurs ont constaté la pratique suivante décrite dans certaines unités de psychiatrie pour adultes : un infirmier dicte à son collègue qui administre la prescription afin que celui-ci vérifie les médicaments conditionnés qu'il s'apprête à administrer, l'infirmier qui a dicté trace comme si c'était lui qui avait administré. Suite à</p>

En grande partie		<p>une réunion de CREX concernant une erreur médicamenteuse, celui-ci a décidé qu'il était préférable d'avoir deux infirmiers pour la préparation et l'administration des médicaments quand le nombre de patients est important pour éviter des problèmes d'identitovigilance.</p> <p>Les professionnels ont le souci de ne pas déblister les prises partielles (ex : demi-comprimé). Cet item est audité lors de l'audit des armoires à pharmacie.</p> <p>Le contrôle de l'armoire à pharmacie est organisé, et une fiche de retour des périmés à la pharmacie est en place.</p> <p>Il n'existe pas de protocole d'administration des médicaments à risque, mais une liste répertoriant les médicaments à risque de l'établissement existe et est affichée sur toutes les armoires de soins. Elle précise, pour certains, des règles de bonne administration et de suivi thérapeutique. Dans les unités de soins, les médicaments sont stockés dans une armoire à pharmacie qui est fermée. Les stupéfiants sont placés dans un coffre sécurisé et intégré dans l'armoire. Les experts-visiteurs ont constaté que sa clé (un seul service est doté d'un digicode) est accessible à tous les soignants de l'unité.</p> <p>Le retour à la PUI des médicaments non administrés et faisant l'objet d'une dispensation contrôlée (stupéfiants et antibiotiques) est organisé. La PUI en lien avec le service qualité a mis en place des référents médicaments, un référent médical et un référent paramédical par service en 2013.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » et de sa valeur de 93 % pour la campagne 2011.

<p>Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le déploiement de l'analyse pharmaceutique et de la délivrance nominative est effectif. À ce jour, cette analyse est réalisée pour 90 % des ordonnances de l'établissement, et complétée si besoin d'un avis pharmaceutique.</p>
<p>Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>La préparation des médicaments non prêts à l'emploi, sous la responsabilité du pharmacien, respecte les bonnes pratiques pharmaceutiques. Sont concernées quelques préparations magistrales (pommade, crème, gélules).</p>
<p>Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les situations nécessitant une information des patients sont identifiées. En intra comme en extrahospitalier, les professionnels ont le souci d'informer le patient en fonction de son état clinique et de ses capacités. En extrahospitalier, cela peut se réaliser au cours de la préparation du pilulier. Durant la semaine annuelle sur la sécurité des soins, des plaquettes d'information ont été diffusées aux patients sur la thématique de la sécurité du circuit du médicament.</p> <p>L'information est peu structurée. Il n'y a pas de démarche institutionnelle ou polaire sur cette thématique. Il n'est pas remis de documentation sur les traitements plus spécifiques en psychiatrie. Un médecin généraliste, distribue divers supports aux patients qu'il prend en charge dont certains concernent le médicament (« Comment prévenir les overdoses », « Votre traitement par la méthadone en 14 points », « Le risque de décès en cas d'ingestion accidentelle de méthadone par un enfant »). Un service réalise un atelier d'éducation thérapeutique, destiné aux patients schizophrènes stabilisés, afin d'éduquer à la connaissance de la maladie. Un module est consacré à la connaissance des traitements.</p> <p>La traçabilité au dossier patient en est assurée sur la fiche bénéfice/risque qui vise à recueillir les informations au patient. Elle liste quatre types de thérapeutiques : le fait que le patient ait posé des questions, le recueil du consentement</p>



	Partiellement	et la réflexion bénéfico-risque. Les experts-visiteurs ont constaté que cette traçabilité n'est pas renouvelée à chaque acte.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	La traçabilité est assurée en temps réel par le personnel infirmier. Comme décrit précédemment, elle n'est pas systématiquement tracée en regard de la prescription tracée par le médecin, puisque la traçabilité sur la fiche dédiée aux antibiotiques ou aux stupéfiants est privilégiée lorsqu'il y a ces prescriptions. Si le traitement n'est pas administré, l'information est tracée dans le dossier du patient, à la fois sur la partie concernant l'administration sur l'ordonnance nominative, selon un signe identifié, et dans les transmissions infirmières. Le prescripteur en est informé oralement ou par écrit, et alors de façon variable selon les services (en consultant le dossier ou en lisant un cahier rapportant les informations à connaître). Les pharmaciens en sont informés à réception de l'ordonnance nominative lorsqu'elle retourne à la PUI.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Les professionnels réalisent des audits de la prise en charge médicamenteuse, et en particulier de l'administration des médicaments, armoires à pharmacie et chariots d'urgence, etc. Un premier audit des armoires à pharmacie a été réalisé en 2010. En 2013, un second audit des armoires à pharmacie, désormais prévu à un rythme annuel, a été effectué conformément aux prérogatives du manuel qualité de la PUI. Ses résultats récents n'ont pas encore été communiqués. Ils concernent l'armoire de la salle de soins, le réfrigérateur, le matériel d'urgence, les solutions buvables. Deux audits croisés sur le circuit du médicament ont été réalisés en 2010 et 2012. Un audit sur l'administration des médicaments a été réalisé en mars 2011 dans le cadre de l'EPP « Amélioration de l'administration du médicament ». Un audit sur les chariots d'urgence a été réalisé en 2011.

	En grande partie	L'ensemble du circuit n'a pas été audité à ce jour (ex : hôpitaux de jour).
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Le bilan des actions sur le bon usage des médicaments mises en oeuvre est réalisé et diffusé aux professionnels concernés, en particulier par la réunion des référents du circuit du médicament chargés de diffuser les informations dans leurs équipes et par la représentation de chaque service aux réunions de CREX.

## 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.*

<b>Cotation</b>		<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
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		
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
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		
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	

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

## 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.

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des outils et Conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

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

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

### Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

<b>Cotation</b>	<b>NA</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La démarche qualité est mise en oeuvre, avec des échéances déterminées, compatibles avec le respect de la réglementation.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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 - Santé mentale

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
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.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à 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.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
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.*

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.	Partiellement	L'établissement spécialisé en santé mentale dispose d'équipements de radiologie classique et dentaire. Il n'a pas développé de système d'assurance qualité sur cette thématique : il n'a pas formalisé de politique qualité du service de radiologie, n'a pas défini d'indicateurs de structure ou de performance, ni d'événements sentinelles spécifiques, ni un ensemble d'indicateurs, il n'a pas développé de procédures spécifiques. Il réalise les suivis des contrôles réglementaires et des actions d'amélioration non formalisées dans un plan d'actions à ce jour.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité en imagerie.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des actions d'amélioration sont réalisées. Certains contrôles obligatoires identifient des non-conformités (sans gravité), et donnent lieu à des actions correctives. L'ensemble des actions d'amélioration en lien avec la réglementation sont suivies par le manipulateur en radiologie, elles ne sont pas formalisées dans un plan d'actions.</p> <p>L'établissement a conduit une EPP sur la pertinence des examens cliniques qui a conduit en juin 2013 à la diffusion d'une version 2 du « Guide des bonnes pratiques des examens complémentaires, outil d'aide à la prescription » : la prescription d'une radiographie pulmonaire et celle de scanner ou IRM cérébral en font partie. Une première mesure a été réalisée en 2013 et, à ce jour, le plan d'actions qui en découlera et qui n'a pas encore été formalisé ne comportera pas d'actions sur cette thématique, car les résultats sont satisfaisants.</p>
--	-------------------------	---

**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.

Partiellement

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

En grande partie

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

En grande partie

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

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

Oui

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

## Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Santé mentale  
Sortie du patient



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Partiellement

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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES



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

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



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

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

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

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

### Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La Charte de fonctionnement, définie et validée par un Conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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

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



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

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

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

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



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

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



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

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



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

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

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

### Critère 26.c

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

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

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

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

**Référence 27: Les activités de soins de suite et de réadaptation****Critère 27.a****Activités de soins de suite et de réadaptation**

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

## PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.a

#### Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	NA	L'établissement n'a pas de services soumis à cette obligation.
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	NA	L'établissement n'a pas de service de cancérologie.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	

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



**Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles****Critère 28.b  
Pertinence des soins****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

En grande partie

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

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

En grande partie

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

Oui

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

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

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



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

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

## 6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_493937/ipaqs-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-](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 : EPSMVAL DE LYS -ARTOIS (620101287)

## Résultats des indicateurs de qualité

### Dossier du Patient en santé mentale - Champ PSY

#### Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2011				Année 2012				Année 2013				Année 2014			
	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)	399	73	80													
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	398	47%	80%													
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	399	70%	80%													
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 2 (%)	399	47%	NA													

#### Etablissement : EPSMVAL DE LYS -ARTOIS (620101287)

Libellé indicateur	Année 2011				Année 2012				Année 2013				Année 2014			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :				Recueil obligatoire :				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)	80 [77 - 83]		(=)	↗												
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	69% [59% - 79%]		(-)	↗												
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	74% [64% - 83%]		(=)	→												
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 2 (%)	56% [45% - 67%]		NA	↗												

## 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	Inspection régionale de la pharmacie	13/05/04	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stérilisation des dispositifs médicaux	Activité sous-traitée		<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	Aucun contrôle réalisé		<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	SOCOTEC Portes automatiques	03/03/12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620000281</b> - Service G - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité incendie	28/02/12	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620000281</b> - SAAS - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité incendie	02/05/13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620000281</b> - Tremplin - 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 de sécurité incendie	01/02/11	<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 <b>620000281</b> – Service E - 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 de sécurité incendie	18/01/13	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620000281</b> – SERVICE H - 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 de sécurité incendie	05/03/10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620000281</b> – SERVICE I - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité incendie	14/06/10	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620000281</b> – PAVILLON 38 - 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 de sécurité incendie	04/06/02	<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 <b>620000281</b> - CENTRE SOCIAL - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité incendie	09/02/11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620000281</b> – SERVICE B - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité incendie	21/03/13	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620000281</b> – PAVILLON 4 ET PHARMACIE - 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 de sécurité incendie	23/10/00	<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 <b>620000281</b> – SERVICE F - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/>	Commission de sécurité incendie	15/11/10	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620114504</b> - CMP - 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"/>	Aucun contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620114447</b> - CMP - 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"/>	Aucun contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620003640</b> - CMP - 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"/>	Aucun contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620018309</b> - CMP - 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"/>	Aucun contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620115287</b> - CMP - 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"/>	Aucun contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620115311</b> - CMP - 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"/>	Aucun contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620026005</b> - CATTP - 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"/>	Aucun contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620025981</b> - CATTP - 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"/>	Aucun contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620026062</b> - CATTP - 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"/>	Aucun contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620026047</b> - CATTP - 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"/>	Aucun contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620023549</b> - CATTP - 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"/>	Aucun contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620025718</b> - CATTP - 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"/>	Aucun contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sécurité incendie <b>620025940</b> - CATT - 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"/>	Aucun contrôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité incendie <b>620025676</b> - CATT - 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"/>	Aucun contrôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité incendie <b>620025932</b> - CATT - 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"/>	Aucun contrôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité incendie <b>620028688</b> - CATT - 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"/>	Aucun contrôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité incendie <b>620025700</b> - CATT - 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"/>	Aucun contrôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité incendie <b>620026021</b> - CATT - 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"/>	Aucun contrôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité incendie <b>620025692</b> – APPART THERAPEUTHIQUE - 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"/>	Aucun contrôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité incendie <b>620026054</b> - CATT - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/>	Aucun contrôle								



- Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620026013</b> - CATT - 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"/>	Aucun contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie <b>620027698</b> – HDJ BRUAY - 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"/>	Aucun contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité électrique	SOCOTEC	Octobre 2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	DDPP	14/12/12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage médical	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage technique	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux chaudes sanitaires	Dalkia	28/03/13	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques radioactifs	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides	ARS	Avril 2013	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits sanguins labiles	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité anesthésique	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secteur opératoire	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imagerie et exploration fonctionnelle	SOCOTEC Contrôle Qualité	21/06/12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imagerie et exploration fonctionnelle	SOCOTEC Contrôle radioprotection	23/02/10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imagerie et exploration fonctionnelle	APAVE Contrôle radioprotection	06/09/12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiothérapie	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	AB Expertises et associés	Mars 2013	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	