



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010
CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE DE L'ORNE

31, rue Anne-Marie-Javouhey - B.P.358
61014 ALENCON CEDEX

Avril 2011

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	8
2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	11
1. Niveau de certification	12
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	13
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4. Critères investigués lors de la visite de certification	14
5. Suivi de la décision	15
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	16
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	19
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	20
3. Regard Patient	21
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	22
5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITÈRE	26
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT	27
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE	28
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	52
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS	85
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	110
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	111

PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT	135
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	143
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	188
PARTIE 5. EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	211
6. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	219

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 d'Hospitalisation, Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

Les niveaux de certification sont les suivants :

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

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

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE DE L'ORNE

Adresse : 31, rue Anne-Marie-Javouhey B.P.358 61014 ALENCON

Site internet de l'établissement :

CEDEX.

Statut : Public.

Type d'établissement : Établissement public de santé mentale.

Type de Prise en charge	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places en ambulatoire
MCO	0	0
SM	174	185
SSR	0	0
SLD	0	0
HAD	0	0

Nombre de sites :	Un site principal à Alençon, et 23 structures extrahospitalières adultes, et 25 structures extrahospitalières enfants sur le département de l'Orne.
Activités principales :	Psychiatrie adulte et infanto-juvénile.
Activités de soins soumises à autorisation :	Psychiatrie adulte et infanto-juvénile.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité :	0

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements (Principales conventions, réseaux, GCS) :	Conventions avec les : CH de Mortagne, CH d'Argentan, CH d'Alençon Mamers (CHICAM), CH de l'Aigle, CHIC des Andaines.
Regroupement / Fusion :	Rattachement au CPO du secteur de santé mentale G04, anciennement géré par le CH de l'Aigle.
Arrêt ou fermeture d'activités :	
Créations d'activités nouvelles ou reconversions :	Dispositif départemental de prise en charge des adolescents ; PASS en psychiatrie.

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 recommandations.

Décisions

Recommandations

- 1f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)
- 8h (Bon usage des antibiotiques)
- 12a-SM (Prise en charge de la douleur)
- 28c (Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique)

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement, et sont publiées au sein du présent rapport en partie 7. Elles n'ont pas été validées par l'Agence régionale d'hospitalisation. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de Santé.

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

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

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 6 au 10 décembre 2010.

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

MANAGEMENT STRATEGIQUE

1a, 1f, 2e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

3a, 3b, 6c, 7d

MANAGEMENT DE LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

8a, 8b, 8g, 8h, 9a

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

GESTION DES DONNEES DU PATIENT

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

PARCOURS DU PATIENT

17a-SM, 18a-SM, 19a-les personnes détenues, 19b-SM, 19d, 20a-SM, 20b-SM, 21a-SM, 24a-SM

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28a, 28b, 28c

5. Suivi de la décision

L'établissement a la possibilité de lever tout ou partie de ses recommandations avant la prochaine itération par le biais d'un rapport de suivi dans un délai de **12** mois.

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. Ce score est ensuite comparé à la moyenne du score obtenu par les établissements de sa catégorie. Lorsque le score atteint 90%, la thématique concernée est signalée comme un point fort de l'établissement.

Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

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

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

Critères sélectionnés par les représentants des usagers

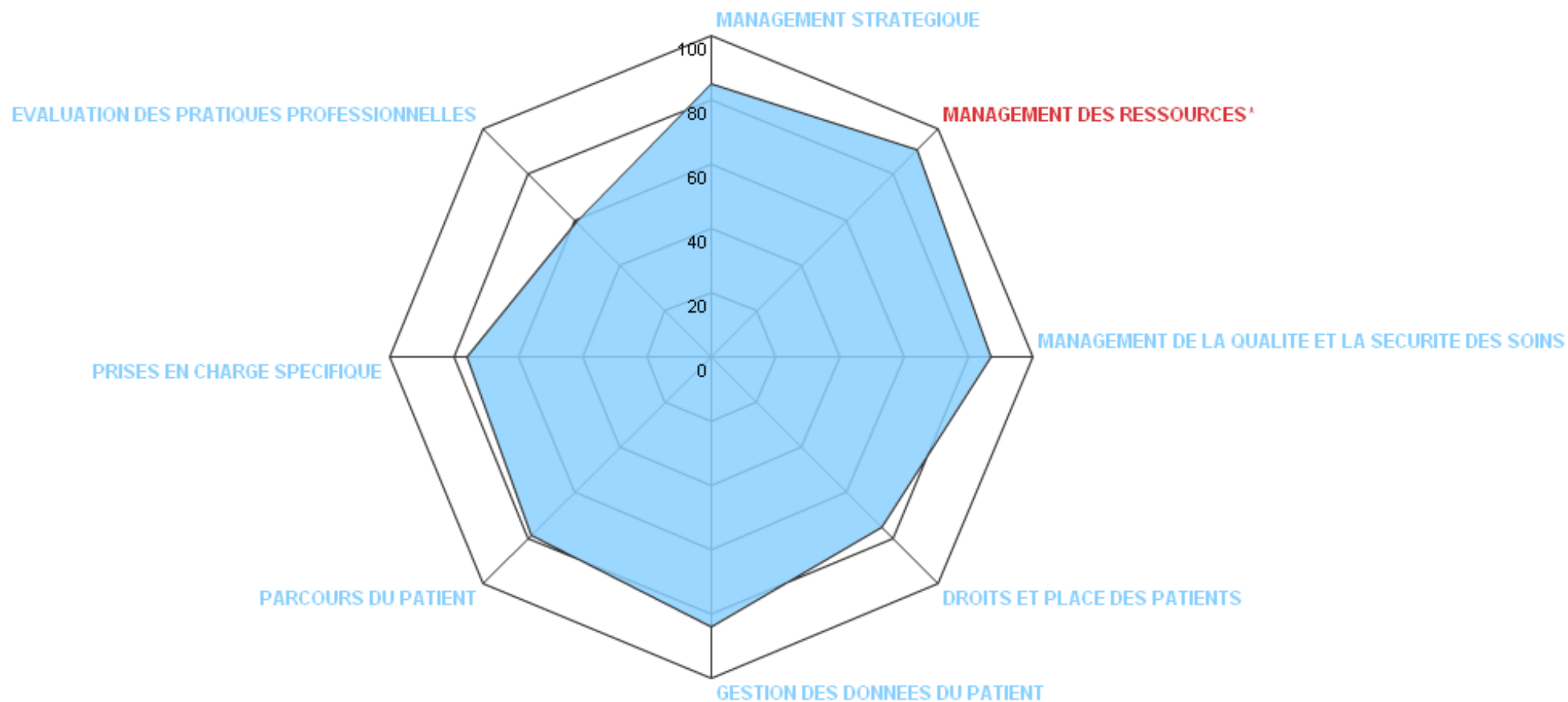
Le troisième graphique présente, sous forme d'histogramme, les scores obtenus sur des critères sélectionnés par les représentants des associations d'usagers comme répondant à des attentes prioritaires en matière de prise en charge du patient :

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

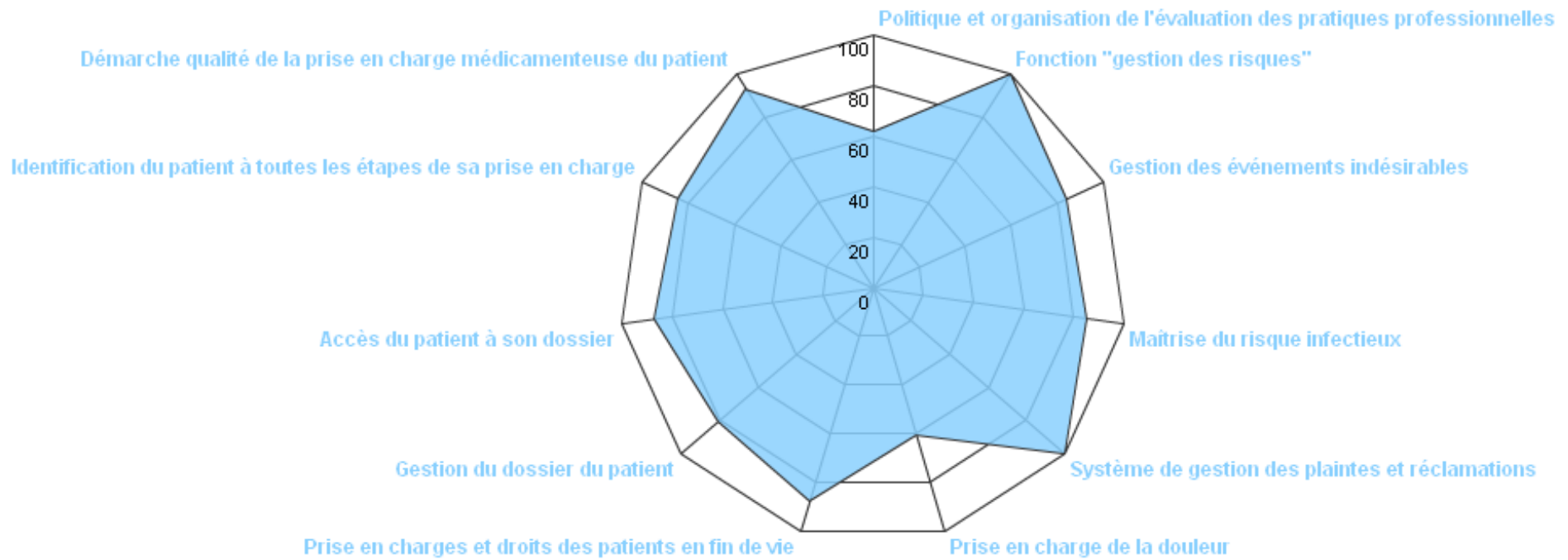
Lorsque l'établissement comprend plusieurs types de prise en charge, le graphique présente le résultat obtenu pour chacun de ces critères et pour chacune des prises en charge.

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

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

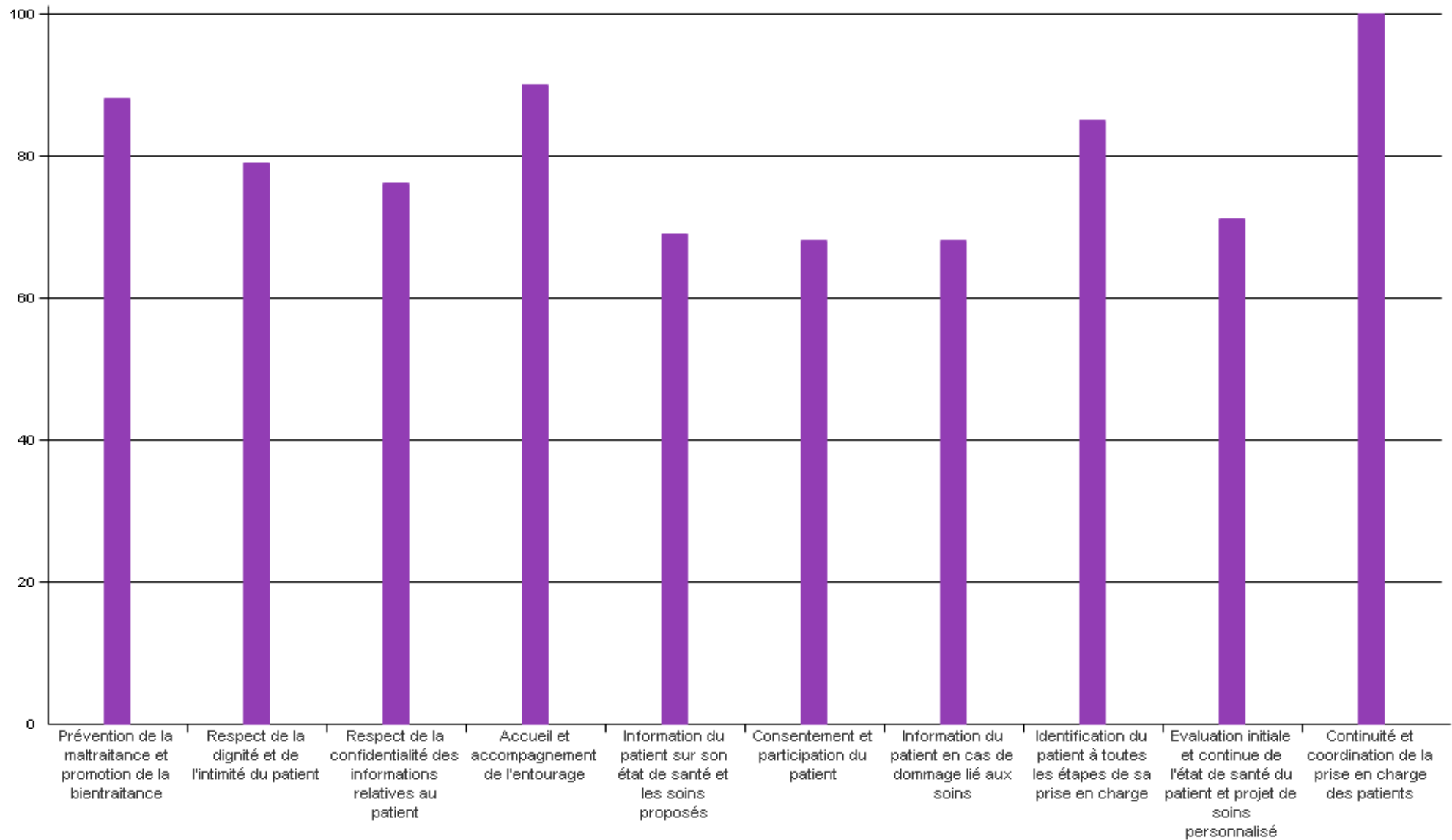


2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires



3. Regard Patient

SM



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

APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Recommandation 1 : Assurer la maîtrise des coûts des activités (7 a).</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a mis en place des tableaux de bord d'activités (financiers, activités, gestion du personnel, qualité) et un répertoire partagé, alimenté régulièrement, à destination du personnel d'encadrement.</p>
<p>Recommandation 2 : Assurer la mise en place du contrôle qualité des données (21 e).</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a mis en place un département d'information médicale (DIM), sous la responsabilité d'un médecin (octobre 2009) qui consacre à cette activité deux demi-journées par semaine. Une technicienne d'information médicale (TIM) a été formée (DU information médicale) et exerce un mi-temps. Une commission d'information médicale a été créée et se réunit une fois par trimestre. Le contrôle qualité des données est formalisé. Des outils accessibles sur l'intranet permettent le suivi et le contrôle qualité par le DIM et les chefs de pôle. Des visites sur site sont également organisées.</p>
<p>Recommandation 3 : Systématiser la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque (29 d).</p>	<p>En cours</p>	<p>L'établissement a mis récemment en place dans le dossier patient électronique (DPE) un typage des observations médicales dont la réflexion bénéfice-risque, permettant de systématiser la traçabilité de cette réflexion. Cette nouvelle organisation n'est pas encore évaluée.</p>

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Recommandation 4 : Assurer la traçabilité de l'administration des médicaments (36 c).</p>	<p>En cours</p>	<p>L'établissement a mis en place en version papier un document unique de prescription et d'administration du médicament. Par ailleurs, la traçabilité de l'administration du médicament est assurée dans le cadre du dossier informatisé, actuellement mis en place sur deux unités, mais elle n'est pas toujours conforme dans les structures alternatives à l'hospitalisation.</p>
<p>Recommandation 5 : Développer l'évaluation de l'efficacité de la gestion des risques et des vigilances (50 b).</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a généralisé la fiche générale de signalement d'incidents (FGSI) à tout type de risque. La FGSI devient l'outil de référence en matière de gestion des risques et des vigilances (mars 2008). Ces FGSI sont analysées, et donnent lieu à des actions d'amélioration dont l'efficacité est évaluée sur la base de tableaux de bord.</p> <p>Une gestion globale des risques autour du comité de coordination des risques et des vigilances (CCRV) et une cellule opérationnelle de gestion des risques et des vigilances (COGRV) sont mises en place.</p>

APPRECIATION DE L'ARS

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Recommandation 6 : Assurer la formation du personnel pour la prévention du risque incendie (critère 19 b).</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a augmenté le nombre de professionnels formés à la prévention du risque incendie (138 formés début 2007 et 664 au 31 décembre 2009). De janvier à juin 2010 : 89 agents formés. Des tableaux de bord de suivi des formations, réalisées par pôle, ont été déployés.</p> <p>Le responsable sécurité incendie a été formé SIAP2. Cette information n'a pas été validée par l'ARS.</p>

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1a

Valeurs, missions et stratégie de l'établissement

COTATION

A

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques.	Oui	
L'établissement met en place des partenariats en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La mise en oeuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	En grande partie	Le projet d'établissement a été réalisé en 2010. Les révisions périodiques ne sont pas réalisées.
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	Oui	

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1b

Engagement dans le développement durable

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.	Oui	
Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie liée au développement durable est déclinée dans un programme pluriannuel.	Oui	
Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	Partiellement	
L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Partiellement	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Non	

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1c Démarche éthique

COTATION

B

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

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

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1d

Politique des droits des patients

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).	Oui	
Des formations aux 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 1e

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

COTATION

A

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

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1f

Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles



COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans le projet d'établissement et dans le programme qualité et gestion des risques. Elle repose sur la pérennité de certaines EPP engagées en 2006, et sur la déclinaison de huit nouvelles EPP débutées en 2009.
Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.	En grande partie	La concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP repose sur le dispositif d'un comité de pilotage unique (CPU) associant les professionnels concernés. D'autres instances (CME, directoire) participent au développement de cette stratégie. Toutefois, la périodicité de cette concertation n'est pas définie, et le CPU s'est réuni une seule fois en 2010.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médicotechnique.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le développement de l'EPP est organisé en CPU. La composition des groupes pluridisciplinaires, le pilotage de chaque EPP et les calendriers sont arrêtés et inscrits dans le programme de gestion des risques. Cependant, les missions et les responsabilités relatives à l'organisation, la coordination, le suivi et la communication ne sont pas définies précisément dans l'établissement. Il n'existe pas de règlement intérieur ni de fiches de missions explicitant les attributions du CPU dans le développement des EPP. L'établissement prévoit d'engager une nouvelle stratégie de développement des EPP à partir de janvier 2011, avec le recrutement d'une nouvelle RAQ et la mise en place de deux commissions EPP (de la CME et de la CSIRMT) coordonnées.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	Les professionnels engagés dans les EPP ont bénéficié de l'accompagnement d'un organisme extérieur pour la réalisation et le suivi des démarches.

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

L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP.

En grande partie

Le responsable qualité suit l'état d'avancement des démarches nouvellement engagées.

La commission médicale d'établissement (CME) du 9 octobre 2009 a relancé les EPP autour des démarches engagées en V2007 et dans la mise en oeuvre de huit nouvelles thématiques.

En séances du 12 février et du 9 avril 2010, la CME a suivi l'avancement de l'EPP sur le circuit du médicament, et a acté la transformation de l'EPP relative au suicide en commission permanente pour étudier les décès par suicide ou mort inexplicée.

La CME du 15 octobre 2010 (compte-rendu diffusé lors de la visite) a fait le bilan de l'état d'avancement des démarches EPP.

Cependant, l'établissement n'a pas, entre le lancement initial et le bilan final, défini ses modalités de suivi autour de bilans périodiques prenant en compte l'impact des démarches entreprises.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'établissement informe les professionnels de l'état d'avancement des EPP et des résultats obtenus par la diffusion sur intranet du tableau de bord EPP. Toutefois, il n'existe pas de dispositif structuré en termes d'objectifs fixés, de cibles identifiées et de moyens de communication adaptés pour diffuser l'information sur l'avancée des EPP et les résultats obtenus.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'établissement rend compte de ses démarches en CME, lancement de huit nouvelles EPP et bilan final. Toutefois, le suivi n'est pas formalisé sous forme de bilan périodique aux instances présentant les démarches en cours et les résultats, en termes d'amélioration des pratiques. Les EPP initiées en 2006 n'ont pas, hormis celle relative à la prescription d'antipsychotiques en association aux correcteurs anticholinergiques, donné lieu à une évaluation régulière.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La stratégie de développement des EPP est revue au rythme des procédures de certification. L'ajustement de la stratégie n'est pas lié au degré d'avancement des EPP et/ou à leurs résultats.</p>

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1g

Développement d'une culture qualité et sécurité

COTATION

A

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

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

Critère 2a

Direction et encadrement des secteurs d'activité

COTATION

B

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

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

Critère 2b

Implication des usagers, de leurs représentants et des associations

COTATION

A

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.	Oui	
Les attentes des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activité ou d'établissement.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré.	Oui	

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

Critère 2c

Fonctionnement des instances

COTATION

A

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

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

Critère 2d

Dialogue social et implication des personnels

COTATION

A

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

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

Critère 2e

Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement



COTATION

B

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	En grande partie	
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaison externe et interne).	Partiellement	

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3 : La gestion des ressources humaines

Critère 3a

Management des emplois et des compétences

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.	Oui	
Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.	Oui	
Les compétences spécifiques pour les activités à risque ou innovantes sont identifiées.	Oui	

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

Référence 3 : La gestion des ressources humaines

Critère 3b

Intégration des nouveaux arrivants

COTATION

A

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

Référence 3 : La gestion des ressources humaines

Critère 3c

Santé et sécurité au travail

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

COTATION

A

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

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

Référence 3 : La gestion des ressources humaines

Critère 3d

Qualité de vie au travail

COTATION

A

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

Référence 4 : La gestion des ressources financières

Critère 4a

Gestion budgétaire

COTATION

A

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les objectifs prévisionnels de dépenses et de recettes sont suivis infra-annuellement et donnent lieu si nécessaire à des décisions de réajustement.	Oui	

Référence 4 : La gestion des ressources financières

Critère 4b

Amélioration de l'efficience

COTATION

A

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

Référence 5 : Le système d'information

Critère 5a

Systeme d'information

COTATION

A

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

Référence 5 : Le système d'information

Critère 5b

Sécurité du système d'information

COTATION

A

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

Référence 5 : Le système d'information

Critère 5c

Gestion documentaire

COTATION

A

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

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6a

Sécurité des biens et des personnes

COTATION

A

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

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6b

Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

COTATION

A

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

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

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6c

Qualité de la restauration

COTATION

A

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

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

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6d Gestion du linge

COTATION

A

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

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

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6e

Fonction transport des patients

COTATION

B

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

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6f

Achats écoresponsables et approvisionnements

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif en associant les utilisateurs	Oui	
La politique d'achat et de relations avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat écoresponsable.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement initie une démarche d'achat écoresponsable pour certains produits et/ou services	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.	En grande partie	

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

Critère 7a

Gestion de l'eau

COTATION

B

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un suivi des différents types de rejets est assuré.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

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

Critère 7b Gestion de l'air

COTATION

B

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La traçabilité des différentes interventions est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

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

Critère 7c

Gestion de l'énergie

COTATION

B

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.	Oui	

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

Critère 7d

Hygiène des locaux

COTATION

A

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

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

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

Critère 7e

Gestion des déchets

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et d'effluents.	Oui	
La politique en matière de déchets est définie en concertation avec les instances concernées.	Oui	
Les procédures de gestion des déchets sont établies	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le tri des déchets est réalisé.	Oui	
Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites .	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Oui	

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

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

Critère 8a

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

COTATION

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

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

En grande partie

Il existe, au sein de l'établissement, plusieurs documents : un programme d'amélioration de la qualité 2007-2010 (mis à jour en octobre 2009), un programme de gestion globale des risques 2009-2013, un bilan de gestion des risques par domaine (année 2009) et un bilan programme de gestion globale des risque 2009-2013 qui témoignent de la formalisation de la qualité et de la sécurité des soins.
Cependant, ce morcellement ne favorise pas la lisibilité et la visibilité attendues d'un programme global et coordonné de management de la qualité et des risques.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents.	En grande partie	
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	NA	
Le programme est soumis aux instances.	En grande partie	L'avancée des différents programmes qualité et gestion des risques est soumise au CPU. Cependant, la présentation de ce programme aux autres instances (CME, CSIRMT, CRU) n'est pas clairement établie.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	

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

Critère 8b
Fonction "gestion des risques"



COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une fonction « gestion des risques » est définie dans l'établissement.</p>	<p>Oui</p>	<p>La fonction gestion des risques est structurée dans l'établissement au niveau stratégique, par le comité de coordination des risques et des vigilances, et complétée au niveau opérationnel par la cellule opérationnelle de gestion des risques et des vigilances et animée par le responsable qualité. Une fiche de mission décrit les missions et les responsabilités afférentes à cette fonction.</p> <p>Les liens entre les différents professionnels, impliqués dans la qualité et la gestion des risques et les fonctions stratégiques et opérationnelles sont clairement établis, y compris dans la déclinaison des responsabilités et du dispositif de référents de chaque pôle.</p> <p>L'établissement est en mesure de quantifier le temps passé à l'exercice de la fonction gestion des risques, et assure une planification des réunions, des temps d'analyse et d'élaboration nécessaires à cette fonction.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour des objectifs du programme de gestion des risques.</p>	<p>Oui</p>	<p>La fonction gestion des risques est articulée avec les responsables des différents secteurs, selon leur domaine de compétences. La mobilisation des compétences est effective au niveau de la composition du comité de coordination des risques et des vigilances, et dans la mise en oeuvre du programme de gestion des risques. Pour chaque action du programme, déclinée par domaine sur la base d'une cartographie des risques, un responsable est identifié.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a évalué l'organisation de la fonction gestion des risques. L'informatisation de la fiche d'événement indésirable, la refonte de son circuit et la réflexion engagée pour améliorer la coordination des différents systèmes de recueil des événements indésirables témoignent de cette dynamique.</p>

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

Critère 8c

Obligations légales et réglementaires

COTATION

A

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La direction assure un suivi du traitement des non-conformités.	Oui	

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

Critère 8d

Evaluation des risques a priori

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	En grande partie	
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risque sont mises en place.	En grande partie	
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	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Partiellement	

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

Critère 8e Gestion de crise

COTATION

A

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'appropriation des procédures est évaluée suite à la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.	En grande partie	
Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.	En grande partie	



Critère 8f

Gestion des événements indésirables

COTATION

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

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

En grande partie

L'établissement dispose d'une procédure de signalement des événements indésirables. Une gestion informatisée des signalements est en place, et facilite les déclarations et le traitement en temps réel de ces fiches. Dans sa conception, le logiciel informatique permet d'effectuer de nombreuses requêtes d'analyse.
Les notions de gravité et de fréquence déterminent la criticité des événements et la hiérarchisation des actions correctrices.
Toutefois, les différents systèmes de recueil des événements indésirables (plaintes, réclamations, comité de retour d'expérience, etc.) ne sont pas totalement coordonnés.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.</p>	<p>Oui</p>	<p>La majorité des professionnels est formée à l'utilisation du logiciel informatique de déclaration. Tout nouvel arrivant reçoit systématiquement une formation au système d'information incluant l'utilisation du logiciel de déclaration des événements indésirables. L'encadrement assure le suivi de ces formations.</p>
<p>Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels, composant la cellule opérationnelle de gestion des risques et vigilances, sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.</p>
<p>L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'établissement a engagé une EPP sur le thème du suicide dont la conclusion est de transformer le groupe EPP en commission permanente pour analyser et effectuer un retour d'expérience sur les décès par suicide et/ou mort inexpliquée. Toutefois, l'établissement n'a pas encore réalisé d'analyse structurée et participative d'un événement indésirable grave.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.	Oui	Les actions correctives sont identifiées et mises en oeuvre dans chaque pôle, suite à l'analyse des événements indésirables. La coordination et leur suivi sont organisés par les cadres supérieurs des pôles et la cellule opérationnelle.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	L'établissement a organisé l'identification des causes profondes des événements récurrents, et des actions correctives sont apportées.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	L'efficacité des actions correctives est évaluée sur la base des tableaux de bord des événements indésirables et des événements sentinelles. La complexité de la mesure de l'efficacité et des réponses à apporter aux situations de violence sont prises en compte au niveau institutionnel.

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

Critère 8g

Maîtrise du risque infectieux



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

COTATION

A

Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales

Classe associée à la valeur du score agrégé

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

A

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

Critère 8h

Bon usage des antibiotiques

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



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

COTATION

C

Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score agrégé	
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	B	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	Partiellement	La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure n'est pas systématiquement tracée dans le dossier du patient.

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

Critère 8i

Vigilances et veille sanitaire

COTATION

A

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	En grande partie	

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

Critère 8j

Maîtrise du risque transfusionnel

Ce critère est applicable uniquement aux établissements ayant une activité transfusionnelle

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

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

Critère 8k

Gestion des équipements biomédicaux

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.	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 est opérationnelle.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre sous la responsabilité d'un professionnel identifié.	En grande partie	
La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée et les actions sont tracées.	En grande partie	

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

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

Critère 9a

Système de gestion des plaintes et réclamations



COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La gestion des plaintes et réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).	Oui	Un système performant de déclaration des plaintes et réclamations est en place. La direction et la cellule qualité reçoivent systématiquement les événements indésirables. Par ailleurs, la CRU permet de recueillir les plaintes et réclamations des usagers. Elle se réunit deux fois par an, et dresse le bilan des questionnaires de sortie et de satisfaction.
Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	Les signalements d'événements indésirables sont présentés à chaque réunion de la CRU. Un bilan des actions menées est également présenté à cette occasion.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Les plaintes et réclamations sont transmises à la direction puis aux professionnels concernés. La cellule qualité en assure le suivi et veille au traitement de toutes les situations.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	Pour chaque plainte déposée, une réponse est formulée par L'établissement. Dans le cas de situations simples, des solutions sont proposées très rapidement au plaignant. Le cas échéant, si une instruction du dossier est nécessaire, un accusé de réception est envoyé.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations incluant le suivi du délai de réponse au plaignant contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Oui	Une analyse qualitative et quantitative des plaintes et réclamations réalisée tous les mois permet de garantir les délais de réponse. Des mesures préventives pour éviter la réapparition de situations délicates sont adoptées à cette occasion. Par ailleurs, une analyse des événements récurrents ou à forte criticité est effectuée tous les 3 mois.

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

Critère 9b

Evaluation de la satisfaction des usagers

COTATION

A

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

CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROIT ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10a-SM

Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

COTATION

B

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

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

Référence 10 : La bienveillance et les droits

Critère 10b-SM

Respect de la dignité et de l'intimité du patient

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent les dimensions de respect de la dignité et de respect de l'intimité du patient.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les soins, y compris les soins d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'architecture des locaux facilite le respect de la dignité et de l'intimité des patients (majorité de chambres à un lit avec salle de bain et WC attenants et quelques chambres à 2 lits). Cependant, pour les patients en chambre d'isolement, il est difficile d'accéder aisément aux toilettes qui ne sont pas individuelles. Un projet d'humanisation des chambres d'isolement est déposé à l'ARS.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients donne lieu à des actions d'amélioration.</p>	<p>Partiellement</p>	

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10c-SM

Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

COTATION

B

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Partiellement	
Des actions d'amélioration en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont menées.	Partiellement	

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10d-SM

Accueil et accompagnement de l'entourage

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	Oui	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès aux secteurs d'hospitalisation, est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	En grande partie	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.	Oui	

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

Référence 10 : La bienveillance et les droits

Critère 10e-SM

Gestion des mesures de restriction de liberté

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les projets médicaux, et/ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation de contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.)	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrant la réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	

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

Critère 11a-SM

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

COTATION

B

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation de la satisfaction du patient quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

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

Critère 11b-SM

Consentement et participation du patient

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation est définie permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soin.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.	Partiellement	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soin proposé sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soin.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

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

Critère 11c-SM

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, sont menées.	Oui	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	

Référence 12 : La prise en charge de la douleur

Critère 12a-SM

Prise en charge de la douleur



COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	Le projet d'établissement 2010-2015 prévoit une organisation pour la prise en charge de la douleur. En 2010, le CLUD s'est mis en place, et a défini un programme annuel lancé au dernier trimestre 2010 et poursuivi. Cette instance s'est réunie quatre fois en 2010.
Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins sont définis.	Oui	Des protocoles analgésiques ont été élaborés par les membres du CLUD en 2010, validés et diffusés dans l'ensemble des secteurs. Ils sont disponibles sur l'intranet de l'établissement.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations intitulées « Prise en charge de la douleur en psychiatrie » ont été organisées en juin et septembre 2010, pour les soignants des différents secteurs de l'établissement. Une journée santé sur le thème de la douleur a été organisée en mai 2010.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Partiellement	Le patient est informé par le livret d'accueil de l'établissement réactualisé en 2010. Des plaquettes d'information ont été distribuées au cours de la journée santé. Il n'existe pas de programme d'éducation du patient à la prise en charge de la douleur dans les différents secteurs de l'établissement.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Peu de patients douloureux sont recensés dans l'établissement. À la suite de l'audit sur le dossier patient, l'établissement a modifié le support informatisé (code couleur) pour faciliter la traçabilité. Cependant, au jour de la visite, la traçabilité de la douleur est partiellement assurée.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Partiellement	Les observations concernant la douleur du patient sont notées dans le dossier patient. Le traitement est ajusté et noté sur le dossier. Cependant, les professionnels n'ont pas pris l'habitude d'utiliser les échelles de la douleur récemment diffusées dans les services.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les professionnels disposent d'échelles d'héroévaluation : doloplus et algoplus.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Partiellement	Les outils venant d'être diffusés dans les services, la démarche d'évaluation de l'appropriation démarre par l'intermédiaire des référents douleur formés dans chaque service.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Partiellement	Le questionnaire de satisfaction du patient (questionnaire sortie) comporte deux critères permettant d'évaluer la satisfaction de la prise en charge de la douleur. Le programme récent n'a pas prévu de dispositif d'évaluation autre à ce jour.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	L'évaluation n'ayant pas été réalisée, les actions d'amélioration ne sont pas prévues.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	Les professionnels ont participé à la journée santé sur ce thème, en présence des référents du CHICALMA.

Référence 13 : La fin de vie

Critère 13a-SM

Prise en charges et droits des patients en fin de vie

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



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.	Oui	Le projet d'établissement 2010-2015 prévoit une organisation pour la prise en charge des patients en fin de vie. Une procédure a été écrite en avril 2010 et diffusée en août 2010.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	La procédure, élaborée en avril 2010 sur la prise en charge et le respect des droits des patients et résidents en fin de vie, intègre les modalités de recueil de la volonté et des directives anticipées.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'information écrite sur les droits du patient sont transmises par le livret d'accueil remis à chaque patient.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La démarche palliative est mise en oeuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les services de l'établissement sont très peu concernés par la prise en charge de fin de vie (en 2010, un service a accompagné un patient en fin de vie). Dans ce cadre, la prise en charge pluriprofessionnelle a fait l'objet d'un projet de soin personnalisé, tracé sur le dossier patient, et d'un accompagnement des proches. Un travail de coordination a été mis en place pour la prise en charge de la douleur et des problèmes somatiques avec les professionnels, l'établissement et ceux du CHIC d'Alençon.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.	Oui	Des formations ont été organisées sur les droits et l'information du patient. Le support de formation est disponible sur l'intranet de l'établissement. Une formation de cinq jours intitulée « Les patients en fin de vie » a été organisée par l'établissement en 2008 et 2010 pour les soignants.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'aumonier et des bénévoles religieux peuvent accompagner les patients de l'établissement. Les bénévoles de l'association Kübler Ross interviennent, et disposent d'un local dans l'hôpital.
Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en oeuvre.	Oui	Les cas des patients en fin de vie sont discutés en staff par l'équipe soignante pluridisciplinaire.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).</p>	<p>Non</p>	<p>La prise en charge ne fait pas l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les instances, telles que le comité d'éthique nouvellement créé ou la CSIRMT.</p>
<p>Les secteurs d'activité les plus concernés mettent en place une réflexion sur les situations d'obstination déraisonnable et la limitation ou l'arrêt de traitements à visée curative.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une réflexion est mise en place pour la prise en charge en fin de vie, et des décisions sont prises en collaboration avec les professionnels du CHIC d'Alençon et le réseau en soins palliatifs.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le comité d'éthique a été créé début 2010 et s'est réuni deux fois en 2010. Il n'y a pas de plan d'actions formalisé et mis en oeuvre au moment de la visite.</p>

PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT

Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14a-SM

Gestion du dossier du patient



COTATION

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

En grande partie

Un guide d'utilisation du dossier papier a été réalisé en 2006. En 2008, le comité de suivi du dossier patient a formalisé un guide d'utilisation du dossier informatisé, présent sur toutes les structures intra et extrahospitalières. Actuellement, coexistent des supports papier et l'outil informatique. Les règles de coordination des outils ont été définies et mises à disposition des professionnels. Toutefois, lors de la visite, ces règles ne semblent pas connues des utilisateurs.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.	Oui	Les règles d'accès au dossier sont formalisées. Le développement du dossier informatisé rend accessible les documents d'une hospitalisation antérieure ou d'une prise en charge en alternative à l'hospitalisation aux professionnels concernés, au moment même de l'admission dans la prise en charge.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Un audit clinique du dossier patient (entrée, séjour, sortie) a été réalisé en 2009. Une grande partie des éléments constitutifs du dossier est retrouvée.
La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	En grande partie	Le dossier informatisé permet une communication immédiate entre les professionnels de l'établissement. Une procédure est formalisée. Les correspondants externes sont informés. Toutefois, les comptes-rendus d'hospitalisation ne sont pas tous envoyés en temps utiles.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement a réalisé deux audits du dossier en 2006 et en 2009, dans le cadre d'une EPP sur la tenue du dossier patient. Des actions d'amélioration sont en cours.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	En cohérence avec les résultats des évaluations, les actions d'amélioration nécessaires sont définies, et intégrées dans le programme d'amélioration de la qualité. Certaines sont en cours.

Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14b-SM

Accès du patient à son dossier



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	Une procédure précisant les modalités d'accès du patient à son dossier est formalisée. Elle précise notamment les règles pouvant être appliquées, dans le cadre d'hospitalisation sous contrainte.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	L'établissement s'appuie sur la remise du livret d'accueil au patient et sur l'affichage de la charte du patient hospitalisé dans les services pour informer le patient de ses droits d'accès.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.	En grande partie	Le service clientèle de l'établissement, en collaboration avec les unités de soins, s'assure de l'accès du patient à son dossier conformément à la procédure. Les délais sont recensés, et les professionnels n'ont pas constaté d'écarts avec les délais réglementaires. Néanmoins, l'analyse n'est actuellement pas finalisée.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	L'établissement a été concerné par peu de demande de communication de dossier. Les délais sont recensés, et les professionnels n'ont pas constaté d'écarts avec les délais réglementaires. Néanmoins, l'analyse n'est actuellement pas finalisée.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRU est informée des demandes de communication de dossiers médicaux et des suites données.



Critère 15a-SM

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

COTATION		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Une procédure de création d'un identifiant patient permanent est formalisée. Elle définit les règles de création/modification, les responsabilités et la conduite à adopter en cas de doublon ou d'erreur.</p> <p>Toutefois, cette procédure nécessite un minimum de 24 heures pour permettre la création de l'identifiant. Pendant l'étape d'admission, l'identifiant ne peut être utilisé.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le DIM et l'ingénieur informatique assurent la sensibilisation et la formation des personnels à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	La procédure de création d'un identifiant permanent prévoit les documents et informations nécessaires au personnel de l'accueil administratif pour permettre sa création.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	La vérification par le personnel de santé de l'identité du patient, avant tout acte ou prescription, est prévue dans la procédure d'entrée du patient. Toutefois, la vérification n'est pas tracée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	La fiabilité de l'identification du patient a été auditée dans le cadre de l'audit sur le circuit du médicament (support de prescription, administration). Un audit du dossier a été réalisé. Toutefois, une évaluation régulière à périodicité définie n'est pas en place. Les erreurs sont signalées par l'intermédiaire de la fiche d'incidents et corrigées.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 16 : L'accueil du patient

Critère 16a-SM

Dispositif d'accueil du patient

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des modalités d'accueil du patient sont définies.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	En grande partie	
En l'absence de service d'urgence, des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de séjour.	Oui	
Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le temps d'attente prévisible est annoncé.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	Oui	

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

Critère 17a-SM

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

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	En grande partie	
La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	Partiellement	

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

Référence 18 : La continuité et la coordination des soins

Critère 18a-SM

Continuité et coordination de la prise en charge des patients

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 heures/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes.	Oui	
Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs d'activité collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnel(s) référent(s) est désigné pour la prise en charge du patient.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les événements indésirables relatifs à la continuité des soins sont évalués et des actions d'amélioration sont menées.	Oui	

Référence 18 : La continuité et la coordination des soins

Critère 18b-SM

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

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	En grande partie	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	En grande partie	
La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les personnes âgées

Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	En grande partie	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	En grande partie	

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

Référence 19 : Les prises en charge particulières

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

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	En grande partie	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	En grande partie	

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

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les enfants et adolescents

Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	En grande partie	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	En grande partie	

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

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les personnes atteintes d'un handicap Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	En grande partie	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	En grande partie	

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

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les personnes démunies

Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Partiellement	

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

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les personnes détenues

Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	

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

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19b-SM

Troubles de l'état nutritionnel



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Partiellement	
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	
Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.	Partiellement	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	Le poids et l'IMC sont tracés à 100 % dans le service des Cèdres. Cependant, suite à l'audit du dossier patient d'octobre 2009 qui évaluait la traçabilité de prise de poids, des actions d'amélioration quant au calcul de l'IMC n'ont pas été observées dans les autres services d'hospitalisation.

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19c-SM Risque suicidaire

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19d

Hospitalisation sans consentement

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

COTATION

A

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des procédures sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	Les modalités d'hospitalisation sans consentement des patients font l'objet d'une surveillance de la part des professionnels de l'établissement. Toutefois, l'évaluation du dispositif n'est pas formalisée.

Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

Critère 20a-SM

Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient



COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.	Oui	L'établissement a signé un contrat de bon usage du médicament avec l'ARS de Basse-Normandie en 2008. Le rapport d'étape de 2010 est finalisé. L'inspection de la PUI, réalisée en 2008, présente le système d'assurance qualité appliqué au fonctionnement de la pharmacie, et intégré dans le système qualité de l'établissement, comme un point fort du centre psychothérapique de l'Orne.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.	Oui	Le projet d'informatisation du circuit du médicament est intégré au système d'information hospitalier (SIH). Il est une priorité du projet d'établissement. Il est en cours de déploiement : actuellement une expérimentation est organisée sur deux unités. L'extension aux autres secteurs continuera en janvier 2011.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels de l'établissement disposent de supports harmonisés de prescription : tryptique pour les unités non informatisées ; outil informatique pour les deux unités expérimentales. Une procédure des bonnes pratiques de prescription des médicaments au patient hospitalisé a été mise en place. La liste des prescripteurs est établie et opérationnelle.</p>
<p>Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels disposent du Vidal en ligne sur l'intranet de l'établissement, du livret du médicament, de fiches de bon usage du médicament. Les comptes-rendus du COMEDIMS sont disponibles en ligne. Les référentiels nationaux sont diffusés aux prescripteurs. Une publication interne « Pharm'infos » est réalisée et adressée aux professionnels.</p>
<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une procédure de gestion des médicaments personnels est élaborée depuis août 2010. Les ordonnances de sortie tenant compte du traitement antérieur sont élaborées.</p>

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Oui	L'organisation de la dispensation des médicaments est formalisée : analyse pharmaceutique, procédure de transport des produits pharmaceutiques entre la pharmacie et les UF, procédure de stockage, etc.
Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration sont définies dans la procédure d'utilisation du support unique de prescription et de traçabilité de l'administration, et dans la procédure sur la préparation et l'administration du médicament. Le livret du médicament permet d'appliquer des consignes spécifiques de préparation.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	La sensibilisation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses est faite au sein de la commission des soins et de la cellule opérationnelle de gestion des risques et des vigilances. Les cadres de santé sont sensibilisés et sensibilisent les agents.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Deux unités d'hospitalisation sont actuellement informatisées. La poursuite du déploiement du logiciel est prévue en 2011 sur le reste de l'établissement.
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les règles de prescription sont formalisées dans le document « Bonnes pratiques de prescription ». Leur application est vérifiée par le pharmacien. Une liste des prescripteurs est établie et actualisée.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique est relevée comme un point fort dans les conclusions du rapport de l'inspection de la pharmacie de 2008. La délivrance nominative est engagée sur certaines unités. Une dispensation nominative hebdomadaire est en place dans trois services.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	L'établissement effectue très peu de préparation. Les bonnes pratiques sont actuellement en place.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	L'information sur le bon usage des médicaments auprès des patients est réalisée au cours de la prise en charge. Quelques ateliers du médicament ont été mis en place. Toutefois, les professionnels n'ont pas structuré cette information, et ne disposent pas de supports d'information.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée sur le même support que la prescription dans l'ensemble des unités d'hospitalisation. Dans les structures alternatives où un traitement peut être administré lors de la prise de midi, la traçabilité n'est pas toujours assurée dans le dossier patient.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.	Oui	Le rapport d'étape du CBUM réalisé par la pharmacienne objective des évaluations réalisées sur la prescription, la dispensation, l'administration du médicament, et sur le respect des procédures de déclaration d'événements indésirables.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Un audit spécifique sur l'administration et sa traçabilité a été réalisé en 2008. L'évaluation de la traçabilité de l'administration a été renouvelée en 2009 et 2010, dans le cadre de l'audit dossier patient. Une EPP sur le circuit du médicament a été réalisée.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	L'analyse pharmaceutique mise en oeuvre donne lieu à une interaction avec les médecins de l'établissement, dans le cadre de la pratique de la prescription et lors de discussions au sein du COMEDIMS et de la CME. Cette pratique favorise le bon usage du médicament.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil des erreurs médicamenteuses est assuré par l'intermédiaire de la fiche générale d'incident. Une procédure est en place. L'analyse est faite par le pharmacien, avec les professionnels concernés et le comité de gestion des risques et des vigilances.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.	Oui	Les actions d'amélioration nécessaires sont identifiées après les évaluations. Leur mise en oeuvre est coordonnée par le COMEDIMS et le CGRV.

Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

Critère 20b-SM

Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

COTATION

B

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	Partiellement	

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

Critère 21a-SM

Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les laboratoires de biologie médicale (y compris coopération et sous-traitance).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la prescription et au prélèvement, actualisés et validés, sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Partiellement	Les demandes d'analyse sont identifiées, datées et signées, mais les renseignements cliniques sont très rarement renseignés.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

Critère 21b

Démarche qualité en laboratoire

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

COTATION

NA

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

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

Critère 22a-SM

Demande d'examen et transmission des résultats

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Non	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	

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

Critère 22b

Démarche qualité en service d'imagerie

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

COTATION

NA

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

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

Critère 23a-SM

Education thérapeutique du patient

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP) intégrée à sa prise en charge sont identifiées.	En grande partie	
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des activités d'éducation thérapeutique impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les représentants des patients sont mises en oeuvre.	En grande partie	
Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP.	Partiellement	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	En grande partie	
Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage par les professionnels au cours de la démarche éducative.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation de l'efficacité du dispositif d'ETP (patients, professionnels de santé) donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

Référence 24 : La sortie du patient

Critère 24a-SM Sortie du patient



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La sortie ou le transfert du patient est organisé en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient.	Oui	
Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.) lorsque la situation le nécessite.	Oui	
Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.	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 à son suivi sont remis au patient.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

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



Critère 25a

Prise en charge des urgences et des soins non programmés

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

COTATION

NA

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

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers, et mises en oeuvre.	NA	

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle



Critère 26a

Organisation du bloc opératoire

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

COTATION

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des circuits spécifiques sont définis pour les différents modes de prise en charge (hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées).	NA	
Les locaux, l'équipement sont conformes et font l'objet d'une démarche qualité.	NA	
La charte de fonctionnement définie et validée par un conseil de bloc précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.	NA	

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médicotechnique, technique et logistique.	NA	
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Pour chaque intervention chirurgicale, la procédure de vérification de l'acte est mise en oeuvre par un membre identifié de l'équipe opératoire.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée.	NA	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26b-radiothérapie

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

COTATION

NA

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

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

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26b-médecine nucléaire

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

COTATION

NA

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

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

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26b-salle de naissance

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

COTATION

NA

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

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

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26b-techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

COTATION

NA

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

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

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26b-électroconvulsivothérapie

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

COTATION

NA

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

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

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26b-endoscopie

Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

COTATION

NA

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

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

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

COTATION

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique et sont formés notamment en matière d'information des familles.	NA	
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

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

Critère 27a

Activités de soins de suite et de réadaptation

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la continuité des soins est organisé entre secteurs de soins de suite et réadaptation, activité clinique, médicotechnique, technique et logistique.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le projet personnalisé de prise en charge qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation est élaboré avec le patient, son entourage et en concertation avec tous les professionnels concernés.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28a

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

COTATION

B

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'engagement de tous les professionnels est effectif.	En grande partie	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	Partiellement	L'établissement a intégré le tableau de bord des EPP dans sa gestion documentaire intranet, accessible à tous. Cependant, il n'existe pas de dispositif structuré de communication à destination des professionnels sur les démarches d'EPP mises en place, leur état d'avancement et leurs résultats.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Partiellement	Deux EPP ont atteint l'étape d'un suivi régulier, avec une amélioration continue et un impact sur les pratiques de soins. Les autres EPP présentes dans l'établissement se situent à l'étape d'une mise en oeuvre de plans d'actions. L'impact des actions d'amélioration, même si il est fortement ressenti par les acteurs, ne peut être à ce stade mesuré, en l'absence de réévaluation et d'analyse des écarts.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique évaluent l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Partiellement	

Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28b

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique assurent le suivi des actions d'amélioration et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.	Partiellement	

Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28c

Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique



COTATION

D

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'établissement a retenu comme indicateurs de pratique clinique les taux de prescription d'antipsychotiques en monothérapie et d'association d'antipsychotiques aux correcteurs anticholinergiques, dans une EPP sur cette thématique débutée en 2006.</p> <p>L'établissement a également, sur le circuit du médicament, choisi l'indicateur du taux de traçabilité de l'administration des traitements par les infirmiers.</p> <p>Cependant, l'établissement n'a pas identifié, selon un processus réflexif structuré, les indicateurs de pratique clinique pertinents en regard de son activité.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	Partiellement	L'établissement recueille et analyse les deux indicateurs, liés à l'EPP, sur les prescriptions d'antipsychotiques en association aux correcteurs anticholinergiques.
Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	Partiellement	Le suivi de ces indicateurs donne lieu à des actions d'amélioration et d'information, en cohérence avec l'analyse issue des résultats des indicateurs.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	Non	L'établissement ne révisé pas, au moment de la visite, la liste des indicateurs analysés.

6. BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

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

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	DRASS	09/07/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mesures correctives levées
Stérilisation des dispositifs médicaux	RAS	RAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinfection des dispositifs médicaux	NC	NC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	NC	NC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infrastructures	NC	NC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Sous Commission Départementale de Sécurité	26/10/2009 02/03/2009 18/03/2008	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bâtiment Andaines (26/10/2009) Bâtiments : Médavay, Les Cèdres, MAS, Rochebrune, Beau soleil, Centre social (18/03/2008). Bâtiment Ecouves (02/03/2009).
Sécurité électrique	RAS	RAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	Laboratoire départemental DSV	16/12/2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage médical	NC	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	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	DRASS	09 et 10/10/2008	<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 des douches de la M.A.S effective -En attente des résultats de l'expertise - Travaux programmés

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	DRASS	09 et 10/10/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mise en conformité du local DASRI avec raccordement aux eaux usées pour le lavage et la désinfection de sol. Faïençage des murs réalisé.
Déchets à risques radioactifs	NC	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	NC	NC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits sanguins labiles	NC	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	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	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	NC	NC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiothérapie	NC	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	DRASS	09 et 10/10/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mise en place d'un Dossier Technique Amiante (DTA). Evaluation tous les 3ans de l'état du flocage du bâtiment concerné (Andaines).