



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

### **CENTRE HOSPITALIER DES PYRÉNÉES**

29, Avenue du Général Leclerc  
64039 PAU CEDEX

U&ç à!^ 2010

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b>	<b>4</b>
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
<b>1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>8</b>
<b>2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>11</b>
1. Niveau de certification	12
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	13
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	14
4. Critères investigués lors de la visite de certification	15
5. Suivi de la décision	16
<b>3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS</b>	<b>17</b>
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	20
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	21
3. Regard Patient	22
<b>4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>23</b>
<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITÈRE</b>	<b>33</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>34</b>
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE	35
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	56
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS	93
<b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	<b>11,</b>
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	1FJ

PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT	Á4í
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	Áíí
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	Á€í
PARTIE 5. EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	Á3€
<b>* . BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	<b>2' ,</b>

# PREAMBULE

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

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

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

Le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale 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 :

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

Adresse : 29, Avenue du Général Leclerc (\*) ( \$ - D51 7989L

Site internet de l'établissement : /

GRU h. Di V JW

HndYXffHUV]ggYa Ybh. 7 < G

Type de Prise en charge	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places en ambulatoire
SM	346	247

Nombre de sites :	19 sites
Activités principales :	Psychiatrie générale et psychiatrie infanto juvénile
Activités de soins soumises à autorisation :	Psychiatrie générale et psychiatrie infanto juvénile
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité :	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements (Principales conventions, réseaux, GCS) :	<ul style="list-style-type: none"><li>- CH de Pau : examens de laboratoire, service inter hospitalier d'hygiène, stérilisation, maison des adolescents, UCSA</li><li>- CH d'Oloron et Orthez : périnatalité</li><li>- CH Charles Perrens de Bordeaux : centre de ressources sur l'autisme</li><li>- Clinique Beausite : transfert de patients</li></ul>
Regroupement / Fusion :	- Regroupement d'activités extra hospitalière (Oloron, Murren, Orthez, Nay, Pau, Mauléon)
Arrêt ou fermeture d'activités :	/
Créations d'activités nouvelles ou reconversions :	<p>Création d'activités nouvelles :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Accueil familial thérapeutique</li><li>- Centre de ressources sur l'autisme</li><li>- Maison des adolescents</li><li>- AFIP</li><li>- Résidence accueil</li></ul>

## 2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Niveau de certification

À

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

## Décisions

### Réserves

- 8f (Gestion des événements indésirables)È
- 12a-SM (Prise en charge de la douleur)È
- 14a-SM (Gestion du dossier du patient)È
- 15a-SM (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge)È
- 20a-SM (Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient)È
- 28b (Pertinence des soins)È

### Recommandations

- 1f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)È
- 3b (Intégration des nouveaux arrivants)À 3c (Santé et sécurité au travail)È
- 5a (Système d'information)À 5b (Sécurité du système d'information)È
- 8b (Fonction "gestion des risques")À 8g (Maîtrise du risque infectieux)À 8h (Bon usage des antibiotiques)È
- 11c-SM (Information du patient en cas de dommage lié aux soins)È
- 18b-SM (Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement)È
- 20b-SM (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé)È
- 28a (Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP))È

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

- Les infrastructures

À

- La sécurité incendie

À

ES.A..& |ã.Á. |&dã ^È

À

ES^Á..&@•ÁÁã ^•Á ^&ã ^ÁÓ]ã-Á•Á) æ {ã ^•È

À

### **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 [15 Juin 2010](#) au [22 Juin 2010](#).

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

##### **MANAGEMENT STRATEGIQUE**

1b, 1f, 2a, 2b, 2d, 2e

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

3b, 3c, 5a, 5b, 6a, 7c

##### **MANAGEMENT DE LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS**

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

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

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

##### **GESTION DES DONNEES DU PATIENT**

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

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

16a-SM, 18b-SM, 19a-les patients porteurs de maladies chroniques, 19b-SM, 19c-SM, 20a-SM, 20b-SM, 23a-SM, 24a-SM

##### **PRISES EN CHARGE SPECIFIQUE**

26c, 27a

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

28a, 28b, 28c

## 5. Suivi de la décision

L'établissement devra produire un rapport de suivi dans un délai de **12** mois sur l'ensemble de ses réserves.

L'établissement a la possibilité de lever tout ou partie de ses recommandations par le biais de ce rapport de suivi.

S'il ne souhaite pas ou n'a pas la possibilité de lever les recommandations dont il fait l'objet, il devra fournir dans le même délai à la Haute Autorité de Santé un plan d'actions avec échéancier.

## 3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

## Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

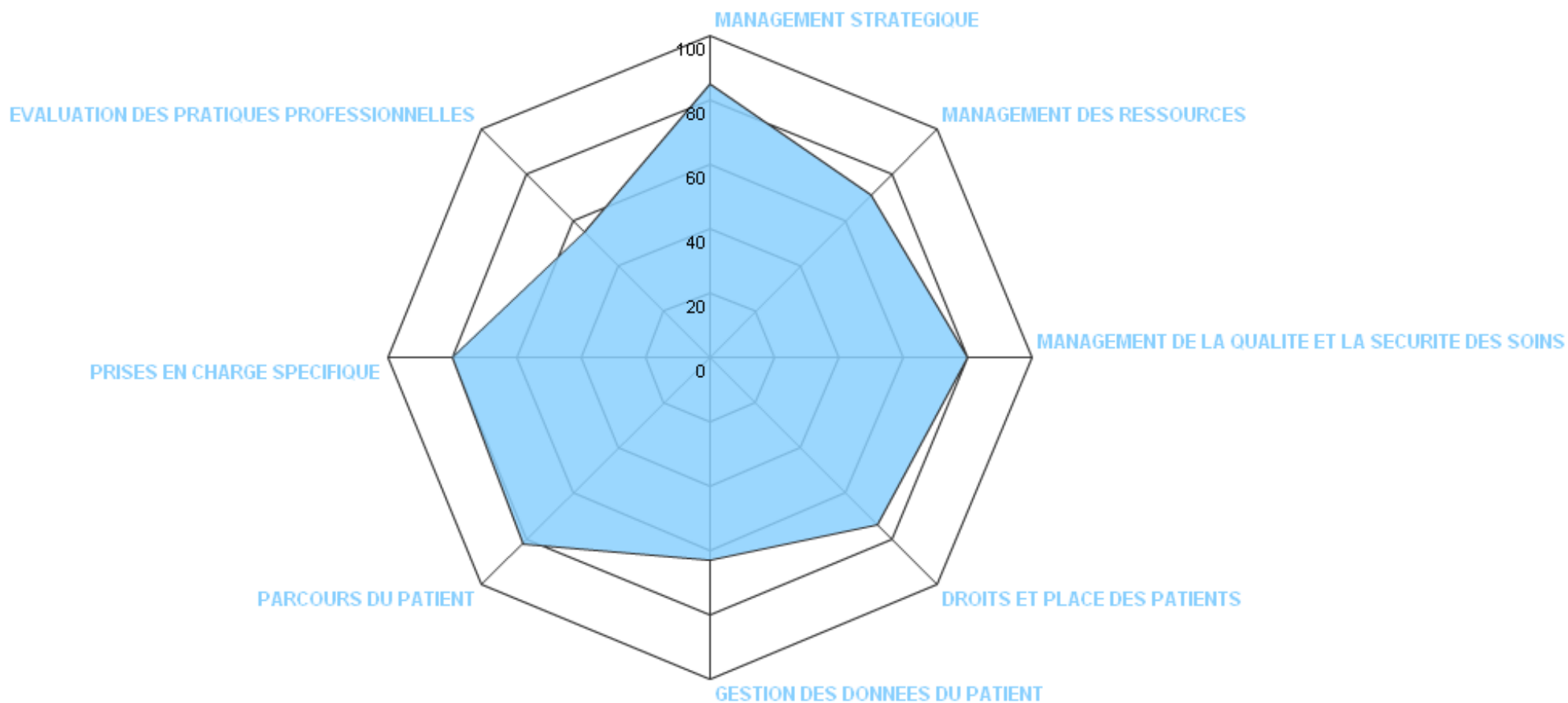
Le troisième graphique présente, sous forme d'histogramme, les scores obtenus sur des critères sélectionnés par les représentants des associations d'usagers comme répondant à des attentes prioritaires en matière de prise en charge du patient :

- 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),

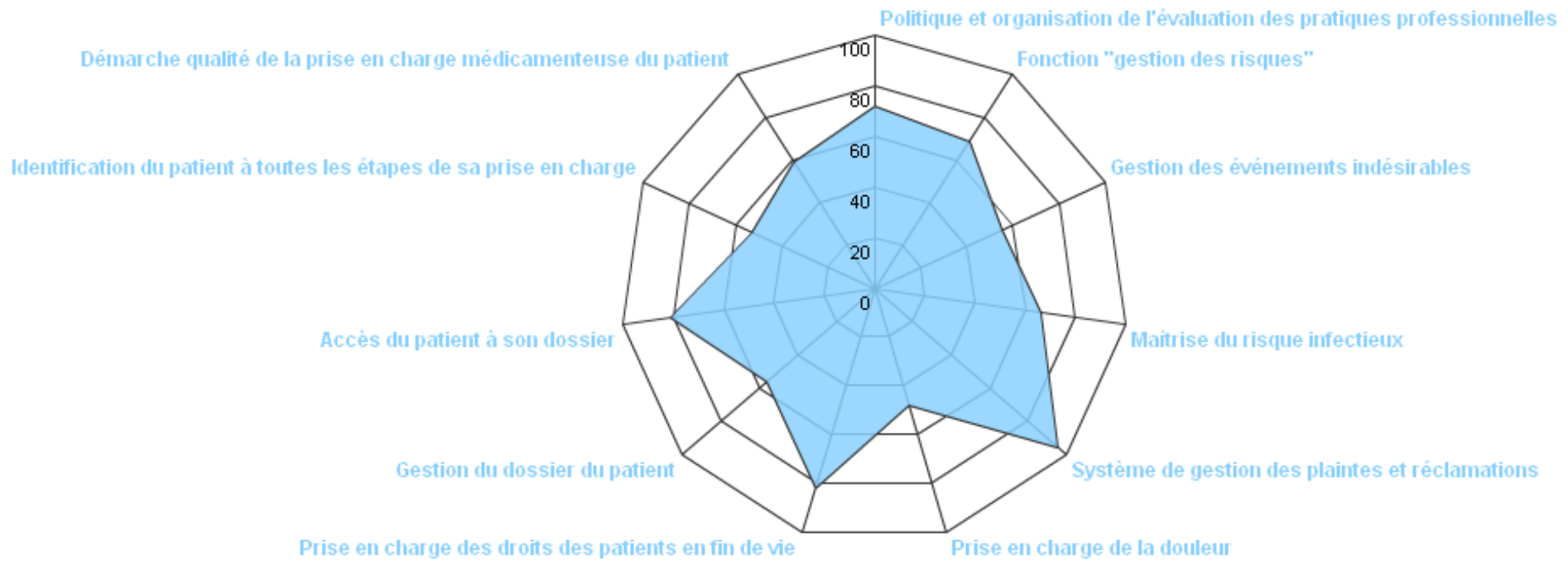
Lorsque l'établissement comprend plusieurs types de prise en charge, le graphique présente le résultat obtenu pour chacun de ces critères et pour chacune des prises en charge.

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

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

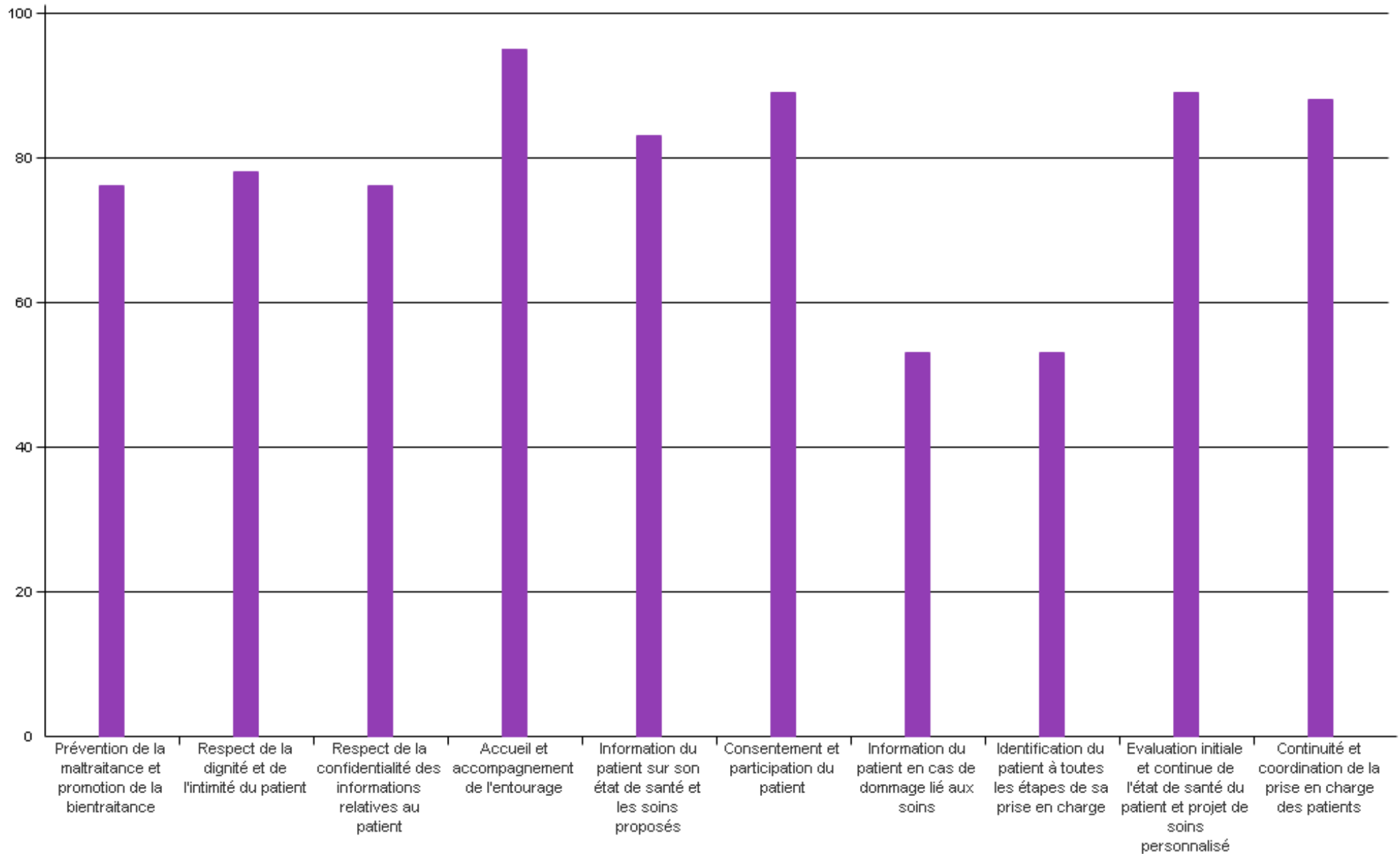


## 2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires



### 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>Ö. &amp; a } A^A^ ] ^A^ :</p> <p>- Définir et formaliser les programmes d'action découlant du projet d'établissement dans toutes ses composantes, en hiérarchisant et planifiant les objectifs (1d)</p>	<p>OUI</p>	<p>La mise en oeuvre des objectifs définis dans le projet d'établissement est réalisée. Les projets s'accompagnent tous d'une fiche de synthèse qui contient d'une part les objectifs précis et d'autre par les éléments d'évaluation. Un point d'avancement est réalisé lors des réunions de management de pôles avec les managers associés (dialogue de gestion). Des tableaux de bord synthétisent les éléments factuels et permettent la prise de décision qui est suivie de la mise en place d'actions.</p>

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Ö. &amp; a } Á^Ár ]^ÁÁ</p> <p>- Formaliser et généraliser le programme prenant en compte les attentes et droits des patients (2a, 2d)</p>	OUI	<p>Afin de répondre à la réflexion menée sur les droits et information du patient, l'établissement a mis en place une direction fonctionnelle spécifique, la DUCQ (Direction des Usagers de la Communication et de la Qualité). Des moyens ont été alloués. La DUCQ s'est organisée pour faire la promotion du respect des droits et information du patient. Une politique de la qualité et de la sécurité a été rédigée. Elle est accessible par l'outil Qualios. Une rubrique « relation avec les usagers » est indiquée dans le livret d'accueil.</p>
<p>Ö. &amp; a } Á^Ár ]^ÁÁ :</p> <p>- Assurer des conditions d'hébergement préservant la dignité et l'intimité du patient (10a)</p>	EN COURS	<p>Le programme d'humanisation des unités, mis en oeuvre sur la période 2008/2010, vise à assurer des conditions d'hébergement compatibles avec la dignité et l'intimité du patient. Une politique pluri-annuelle d'investissement de reconstruction des unités de soins a pour objectif de réduire les chambres à trois lits encore existantes.</p>

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Ö. &amp; a } Á^Ár ]^Æ :</p> <p>- La formation des professionnels à la qualité est assurée (13d)</p>	<p>EN COURS</p>	<p>Un programme de formation à la qualité concernant plusieurs professionnels était inscrit au plan 2009. Il est reporté au 4ème trimestre 2010. Ce plan de formation repose sur un cahier des charges qui comprend notamment un module EPP. Il s'adresse particulièrement aux référents qualité, aux cadres supérieurs de santé et aux membres du CHSCT.</p>
<p>Ö. &amp; a } Á^Ár ]^Æ :</p> <p>- Mettre en place une organisation coordonnée de la maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux (17c)</p>	<p>EN COURS</p>	<p>Un inventaire des DM a été établi. Pour certains d'entre eux les fournisseurs assurent la maintenance, d'autres relèvent de contrats spécifiques. Pour une 3ème catégorie de DM, il n'a pas été retrouvé de traçabilité des opérations de maintenance. L'acquisition d'un logiciel de GMAO est en cours et devrait intervenir avant la fin de l'année (inscription au budget 2010).</p>

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Recommandation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliser la politique d'identification du patient et développer les procédures de contrôle (22a, 22b)</li> </ul>	<p>EN COURS</p>	<p>L'établissement s'est engagé avec le CECCQA dans le projet Prévention des Erreurs d'Identité Liées aux Soins (PERIL) afin de formaliser sa politique d'identito-vigilance. Ce groupe de travail constituera la cellule d'identito-vigilance dont l'objectif principal sera d'analyser et fiabiliser le processus d'identification du patient en terme de points critiques et d'acteurs clé à toutes les étapes de la prise en charge.</p>

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Ö. &amp; a q } A^A^r ] ^A^A :</p> <p>- Mettre en oeuvre la politique de sécurité du système d'information jusqu'à son évaluation, en y incluant les déclarations à la CNIL (23a, b, c)</p>	<p>EN COURS</p>	<p>Un audit (serveur, données, sauvegarde, réseaux) a été réalisé par un organisme externe. Cet audit permet de définir une politique de sécurité mais cette politique n'a pas encore été formalisée. Une charte d'utilisation des moyens informatiques existe. Le problème de la confidentialité du système repose sur un accès aux outils via un code d'accès et un mot de passe. Les experts-visiteurs ont constaté un manque de rigueur par rapport à la confidentialité de ces mots de passe. Des audits ont été initiés fin 2007, début 2008. Un audit a été réalisé en Avril 2010 sur les ressources et les mémoires serveurs mais sans lien avec les audits de sécurité précédents. L'établissement a identifié un coordonnateur chargé des déclarations à la CNIL. Les déclarations ont été réalisées conformément à la législation en vigueur.</p>
<p>Ö. &amp; a q } A^A^r ] ^A^A</p> <p>- Veiller au respect de la confidentialité des informations relatives au patient (26a)</p>	<p>EN COURS</p>	<p>La vétusté des locaux (dortoir de 3-4 lits) et l'afflux de patients (patients dans les couloirs) ne permet pas de garantir la confidentialité des données à caractère médical ou social. La convention passée entre une clinique et l'établissement permettant de réorienter 3 patients sur cette clinique, a été stoppée lors du changement de Direction. L'arrêt de cette solution complique le respect de la confidentialité.</p>

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Ö. &amp; a } Á^Ár ] ^ÁÁ</p> <p>- Poursuivre la réflexion sur la mise en place d'une organisation adaptée de la gestion des lits (28d).</p>	<p>EN COURS</p>	<p>La disponibilité des lits est un problème récurrent dans l'établissement. La commission de régulation mise en place dans l'établissement après la première visite de certification a stoppé ses réflexions et travaux sur ce thème. Un logiciel de mouvements des patients permet désormais d'avoir un état des lits disponibles en temps réel. Toutefois, la fiabilité de gestion des lits n'est pas garantie. En effet, les données ne sont pas forcément tenues à jour en temps réel. Par ailleurs, dans plusieurs unités, des lits sont rajoutés en cas d'affluence mais ne sont pas comptabilisés, créant des écarts entre les nombres réel ou supposé de lits installés disponibles.</p>
<p>Ö. &amp; a } Á^Ár ] ^ÁÁ :</p> <p>- Poursuivre la formalisation d'une organisation impliquant le patient ou son entourage dans l'élaboration du projet thérapeutique (29a).</p>	<p>EN COURS</p>	<p>Le Président de la sous-commission des risques de la qualité des soins a élaboré un projet sur le trajet thérapeutique du patient chronique. Cette démarche pourra être généralisée aux autres pathologies prises en charge. Une organisation spécifique existe aussi pour la réinsertion.</p>

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Ö. &amp; a q } Á^Ár ] ^ÁÆ :</p> <p>- Garantir une organisation permettant l'accès aux données antérieures 24h/24 (29b).</p>	<p>EN COURS</p>	<p>Le projet d'informatisation du dossier patient permettra la disponibilité 24h/24 des données antérieures. Cependant, les données accessibles 24h/24 sont les comptes-rendus de sortie disponible au SAU de l'établissement. Le DIM élabore un projet sur l'archivage et l'accessibilité au dossier archivé 24H/24. L'archivage des dossier n'est que partiellement centralisé, plusieurs de ses composantes restant stockées dans diverses unités (CMP, HJ, dossier ergo ...).</p>
<p>Ö. &amp; a q } Á^Ár ] ^ÁÆ</p> <p>- Systématiser la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque (29d).</p>	<p>EN COURS</p>	<p>La traçabilité de la réflexion bénéfice-risque est assurée lors de la mise en chambre d'isolement (support papier spécifique). Une réflexion plus large est faite dans le bilan 2009 du projet médical. Il n'existe aucun autre support permettant de tracer la réflexion Bénéfice-Risque dans les autres secteurs.</p>

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Ö. &amp; a } Á^Ár ]^ÁÁ</p> <p>- Généraliser la traçabilité du consentement du patient pour tout acte le concernant (31d).</p>	<p>EN COURS</p>	<p>La traçabilité du consentement du patient pour chaque acte le concernant est recherchée. Toutefois il n'existe aucun support spécifique dédié à ce recueil (VIH par exemple). En pédo psychiatrie et dans les unités de prise en charge des adolescents, une fiche existe pour recueillir le consentement des parents et de l'adolescent, à la mise en oeuvre du contrat de soins signé par les parents.</p> <p>Par ailleurs, une fiche permet d'assurer la traçabilité de l'information sur la personne de confiance. Cependant, elle vient d'être récemment diffusée.</p>

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Ö. &amp; a } Á^Ár ] ^Á :</p> <p>- Assurer la coordination de la prise en charge (33a).</p>	<p>OUI</p>	<p>Les interfaces entre les secteurs ainsi que tout au long de la prise en charge du patient ont fait l'objet d'une réflexion et ont permis d'assurer une meilleure coordination de la prise en charge (fiche de liaison intra-extra, nouvelle fiche d'identification au SAU).</p>
<p>Ö. &amp; a } Á^Ár ] ^Á :</p> <p>- Mettre en place une procédure du dossier garantissant l'accès aux données (34b).</p>	<p>OUI</p>	<p>Une procédure du dossier garantissant l'accès aux dossiers est en place.</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**

**B**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La mise en oeuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	Oui	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	En grande partie	

## 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	Le CH des Pyrénées a réalisé récemment un document qui formalise des engagements dans une politique de développement durable. Il a été validé par le CA. Une communication vers les professionnels s'est faite par l'intermédiaire du journal d'entreprise et l'intranet.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie liée au développement durable est déclinée dans un programme pluriannuel.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	Partiellement	Le personnel du secteur technique est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement. Les personnels des autres secteurs (soignants et administratifs) n'ont pas d'information sur ce sujet.
L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Non	L'établissement ne communique pas ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	En grande partie	Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements mais ce suivi est ponctuel.

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1c Démarche éthique

#### COTATION

**B**

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

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

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1d

#### Politique des droits des patients

#### COTATION

**B**

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'évaluation et d'amélioration en matière de respect des droits des patients sont mises en oeuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CRU.	En grande partie	

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1e

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus et sur la base du rapport de la CRU.	Oui	

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 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 la politique d'amélioration de la qualité qui comprend le programme prévisionnel pluriannuel 2009-2011 de l'EPP. La stratégie de développement est définie en ce qui concerne le rôle de la commission EPP-FMC et ses liens avec les différents groupes EPP. Il existe une fiche projet pour le déploiement des EPP.
Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.	Oui	La concertation entre les professionnels et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place grâce à la composition même du comité EPP-FMC (représentants des différentes catégories professionnelles) à savoir : médecins, responsable qualité, responsable des affaires médicales. Un calendrier des réunions est défini .

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<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>Les missions et les responsabilités sont définies en ce qui concerne le pilotage de la démarche générale de l'EPP. En revanche, son déploiement dans les différents secteurs repose uniquement sur des initiatives personnelles et/ou d'équipe.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les professionnels engagés dans une démarche EPP peuvent s'appuyer sur les services documentation pour la bibliographie et qualité et gestions des risques pour la réalisation et le traitement des données issues d'enquêtes. Le président de la sous commission EPP-FMC est formé a cette démarche qu'il présente aux internes. Trois autres professionnels ont bénéficié d'une formation spécifique. La formation qualité inscrite au plan 2010 s'adresse aux cadres de santé, aux référents qualité mais pas aux médecins.</p>
<p>L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le comité EPP-FMC est informé de l'état d'avancement des démarches EPP. Une communication régulière est faite à la CME. L'impact des démarches ne fait pas l'objet d'un suivi à periodicité définie.</p>

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	En grande partie	Le processus de communication mis en oeuvre par l'établissement lors des CME permet aux médecins d'être informés des développements et des résultats des EPP. La stratégie d'information ne permet pas à ce jour de garantir une communication auprès de tous les professionnels .
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'établissement rend compte des développements des démarches EPP devant les instances identifiées notamment le comité EPP-FMC, la CME et le Conseil Exécutif.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus.	Partiellement	La stratégie du développement de l'EPP a été présentée au Conseil Exécutif. Elle ne fait pas l'objet d'une révision à périodicité définie selon les résultats obtenus.

## 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.	En grande partie	

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

### Critère 2a

#### Direction et encadrement des secteurs d'activité

#### COTATION

A

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

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

### Critère 2b

#### Implication des usagers, de leurs représentants et des associations

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La représentation des usagers au sein de l'établissement est organisée.	Oui	
Une politique de coopération avec les acteurs associatifs est définie.	Oui	
Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et 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	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.	En grande partie	
Les attentes des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activité ou d'établissement.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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**

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

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

### Critère 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

A

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

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

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3a

#### Management des emplois et des compétences

**COTATION**

**B**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	En grande partie	
L'évaluation périodique du personnel est mise en oeuvre.	Partiellement	
Un plan de formation est mis en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.	Oui	
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	En grande partie	

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3b

#### Intégration des nouveaux arrivants

**COTATION**

**C**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.

Partiellement

L'intégration d'un nouvel arrivant est réalisé dans quelques unités par l'encadrement du service (formation de tuteurs, réunions, évaluations, ...) mais les supports et procédures ne sont pas institutionnalisés et généralisés.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Tout nouvel arrivant reçoit une information sur son futur secteur d'activité lui permettant l'exercice de sa fonction (mouvement des patients, outil informatique, demandes d'examens de laboratoire, circuit du médicament). Ces informations ne sont pas homogènes d'une unité à l'autre. Le nouvel arrivant reçoit une information partielle sur l'établissement (absence du livret d'accueil du nouvel arrivant).</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à quelques actions d'amélioration, mais ces actions sont ponctuelles et ciblées. Elles ne sont pas d'ordre institutionnel.</p>

## 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

**C**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.	Partiellement	Les risques professionnels sont identifiés de façon partielle. La périodicité de révision n'est pas définie.
Le document unique est établi.	Partiellement	Le document unique existe mais il constitue une synthèse des quelques risques identifiés. Un nouveau document unique (Juin 2010) est en cours de finalisation. Il n'a pas encore été validé par les instances.
Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.	En grande partie	Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini mais ce plan n'englobe pas tous les risques.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des actions de prévention des risques sont mises en oeuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des actions de prévention des risques sont mises en oeuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé du travail mais certaines actions ne sont pas concertées (AES et affiche exposition à des liquides biologiques).</p>
<p>Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en oeuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en oeuvre essentiellement sur une dimension individuelle de la santé et sécurité au travail au travers de la prise en compte de la politique de réintégration des professionnels suite à un arrêt maladie, ainsi qu'au travers de la politique en faveur du handicap développée par le biais d'une convention avec le FIPHFP (Fonds pour l'Insertion des Handicapés dans la Fonction Publique). La dimension collective existe sur des thèmes particuliers (sécurité routière, risques biologiques, ...).</p>

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le programme de prévention des risques et le document unique sont évalués à périodicité définie sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'événements indésirables.	Partiellement	Le programme de prévention des risques est réalisé sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des accidents du travail et des événements indésirables. Il n'existe pas d'évaluation du document unique. Les évaluations ne sont pas réalisées à périodicité définie.
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration mais les actions ne sont pas toutes généralisées.

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3d

#### Qualité de vie au travail

#### COTATION

**B**

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

## Référence 4 : La gestion des ressources financières

### Critère 4a

#### Gestion budgétaire

#### COTATION

**B**

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les objectifs prévisionnels de dépenses et de recettes sont suivis infra-annuellement et donnent lieu si nécessaire à des décisions de réajustement.	En grande partie	

## Référence 4 : La gestion des ressources financières

### Critère 4b

#### Amélioration de l'efficience

#### COTATION

**B**

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

## Référence 5 : Le système d'information

### Critère 5a

### Système d'information

#### COTATION

**C**

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

Un schéma directeur du système d'information est défini en cohérence avec les orientations stratégiques et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.

Partiellement

Le schéma directeur du système d'information a été défini avec l'aide d'un organisme extérieur et validé par les instances. Il n'a jamais été mis en oeuvre à cause de la multiplicité de ses projets. Ce document sera actualisé en fonction des orientations stratégiques définies dans le prochain projet d'établissement et sa fonctionnalité sera améliorée.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

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

Partiellement

Le système d'information facilite l'accès en temps utile à quelques informations validées (financières, gestion administrative). Ce n'est pas le cas pour d'autres informations (interface génois, crystalnet, et surtout dossier patient papier, ...).

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.	Partiellement	Une partie spécifique du système d'information aide des professionnels dans leur processus de décision (données financières, tableaux de suivi mensuel, contrôle de gestion) mais de nombreuses données ne sont pas fiables.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.	En grande partie	Le système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration. Ces actions d'amélioration sont ponctuelles (test reprise fichiers, backup, ...).

## Référence 5 : Le système d'information

### Critère 5b

### Sécurité du système d'information

#### COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.).	En grande partie	La sécurité des données est organisée. Une personne a été institutionnellement nommée. Quelques procédures sont formalisées. La fiche de poste du responsable n'est pas définie. La politique de sécurité n'est pas formalisée.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.	Partiellement	Il existe des actions permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne (restauration de données, ...) mais le plan de reprise n'est pas formalisé et sa mise en oeuvre est partielle.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Partiellement	Un audit partiel de sécurité du système d'information a été réalisé (serveur, données, sauvegarde). Des fiches projets et un nouveau cahier des charges formalisé sur l'audit sécurité ont été élaborés sans mise en oeuvre à ce jour.

## Référence 5 : Le système d'information

### Critère 5c

#### Gestion documentaire

**COTATION**

**B**

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

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

### Critère 6a

#### Sécurité des biens et des personnes

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.	Oui	
Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les situations identifiées font l'objet de dispositifs adaptés de sécurité (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).	Partiellement	Les situations identifiées font l'objet de dispositifs adaptés de sécurité (allocation de moyens, mise en place de formations ou de sensibilisation des professionnels). Les experts-visiteurs ont constaté un manque de sécurisation en matière d'électricité (branchement électrique, sonnette d'appel) dans quelques unités et pour un certain nombre de chambres d'isolement dont l'accès est entravé.

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre sans pour autant que ces actions soient déployées au niveau du terrain d'une façon générale et homogène.</p>

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

### Critère 6b

#### Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

#### COTATION

**B**

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

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

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

### Critère 6c

#### Qualité de la restauration

**COTATION**

**B**

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

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

## 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	

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

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

### Critère 6e

#### Fonction transport des patients

#### COTATION

**B**

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

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

### Critère 6f

#### Achats écoresponsables et approvisionnements

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	

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

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

### Critère 7a

#### Gestion de l'eau

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie et validée par l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	Oui	
La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	Oui	
Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré.	En grande partie	

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

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

### Critère 7b

### Gestion de l'air

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une politique est définie en vue d'assurer la maîtrise du risque infectieux dans les zones à environnement maîtrisé.	NA	
L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales.	Partiellement	
Des dispositions sont prévues en cas de travaux.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	En grande partie	

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.	NA	
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

**A**

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	En grande partie	
Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en oeuvre.	En grande partie	

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**

**B**

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

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

## 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.	Oui	
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents.	Oui	
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	NA	
Le programme est soumis aux instances.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	En grande partie	
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	



**Critère 8b**

**Fonction "gestion des risques"**

**COTATION**

**C**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une fonction « gestion des risques » est définie dans l'établissement.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une fonction gestion des risques. Elle figure dans l'organigramme et le gestionnaire des risques est identifié en tant que tel. La fiche de mission est réalisée. Le conseil exécutif élargie est l'instance référente en matière de gestion des risques. Le temps passé à la fonction est quantifié.</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>En grande partie</p>	<p>La fonction gestion des risques travaille et est en relation avec l'ensemble des secteurs concernés. Un programme est en place mais il n'y a pas de personnes qualifiées et identifiées pour mener chacune de ces actions.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le programme est évalué au niveau du suivi de la réalisation des objectifs. Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques ne sont pas évaluées.</p>

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

### Critère 8c

#### Obligations légales et réglementaires

**COTATION**

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.	En grande partie	
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.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement met en oeuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires en fonction du plan de priorisation.	Oui	

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

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

### Critère 8d

#### Evaluation des risques a priori

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	En grande partie	
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risque sont mises en place.	Oui	
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un suivi de la mise en oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	En grande partie	

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

### Critère 8e

#### Gestion de crise

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les situations de crise sont identifiées.	Oui	
Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.	Oui	
Les plans d'urgence sont établis.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une cellule de crise est opérationnelle.	Oui	
Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnelles.	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.	Oui	
Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.	En grande partie	



Critère 8f

Gestion des événements indésirables

COTATION

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

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

En grande partie

Il existe une procédure qui décrit le circuit des fiches de déclaration des événements indésirables (FDEI). Elle figure dans le carnet mis à disposition dans les unités de travail. Les notions de gravité et de fréquence sont prises en compte par l'ingénieur qualité qui reçoit l'ensemble des fiches et les oriente vers les responsables. La fiche recense tous les types d'évènements indésirables y compris ceux relevant du domaine des vigilances. Cependant, les différents systèmes de recueil d'évènements indésirables ne sont pas coordonnés (plaintes et réclamations par exemple).

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	Les professionnels connaissent le dispositif et l'utilisent. Une information a été diffusée au moment de la mise en place.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Partiellement	L'établissement a formé 3 personnes. Il en a identifié plusieurs autres qui doivent être formées (les référents qualité, l'hygiéniste, les membres du CHSCT, les cadres supérieurs de santé notamment). Les formations inscrites mais non réalisées en 2009, ont été reconduites sur le plan 2010, à partir d'un cahier des charges établi par l'établissement. Elles devraient se dérouler dans le courant du dernier semestre 2010.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La notion de gravité est repérée par l'ingénieur qualité, formé aux méthodes. Il pratique une analyse de criticité. A ce jour, peu de fiches font l'objet d'une analyse des causes profondes, les événements déclarés étant souvent peu graves. Quand un événement est repéré et en fonction de sa nature, une analyse est entreprise. Elle repose sur des réunions de travail auxquelles participent les agents concernés par l'évènement.</p> <p>La gestion des risques repose essentiellement sur une gestion a posteriori. En effet, l'établissement n'a pas réalisé de cartographie de ses risques et de fait ne dispose pas d'une hiérarchisation qui permettrait la mise en place d'actions préventives.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des actions d'amélioration, souvent d'ordre organisationnelles, sont décidées et mises en oeuvre. Elles ne sont pas intégrées dans le programme global. La coordination et le suivi sont assurés mais pas toujours structurés et tracés.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les événements indésirables récurrents sont traités de manière inégale. Pour certain d'entre eux (en ergothérapie, la circulation de toxiques, les vols ...) des actions correctives sont discutées, actées et mises en oeuvre. Cette méthode n'est pas généralisée à tous les événements indésirables récurrents. L'établissement est sur le point de mettre en place la commission d'analyse des FDEI. Elle regroupera plusieurs professionnels (y compris des membres du CHSCT) qui, tous les 15 jours, se réuniront pour pratiquer une analyse des FDEI.</p>
<p>L'efficacité des actions correctives est vérifiée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La mesure de l'efficacité des actions correctives se pratique au cas par cas. La cellule d'analyse des FDEI procédera à cette analyse dès sa mise en place.</p>

## 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

**C**

**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.

C

## 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 est effectuée lorsque l'antibiogramme le nécessite. Hors ce contexte, il n'existe aucune traçabilité au dossier d'une réévaluation de l'antibiothérapie.

## 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	

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

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

## Référence 8 : Le programme global et coordonné de management de la qualité et 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.	En grande partie	
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.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre sous la responsabilité d'un professionnel identifié.	Oui	
La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée et les actions sont tracées.	En grande partie	

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



Critère 9a

Système de gestion des plaintes et réclamations

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La gestion des plaintes et réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).</p>	<p>Oui</p>	<p>La gestion des plaintes et réclamations est organisée et gérée par la Direction des Usagers, de la Communication et de la qualité (DUCQ). Au sein de cette direction, une personne est désignée (fiche de poste) pour gérer les plaintes et les réclamations. La CRU se réunit conformément à la réglementation. Il existe une procédure formalisée. Les responsabilités sont définies.</p>
<p>Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables. Le responsable qualité travaille avec le chargé des relations, les usagers et participe à la CRU. Cependant, il n'existe pas de méthode formalisée permettant d'intégrer les plaintes et réclamations dans le suivi des événements indésirables. De ce fait, l'analyse commune des causes n'est pas réalisable.</p>

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels. Chaque plainte écrite ou orale donne systématiquement lieu à transmission au médecin responsable de la prise en charge ainsi qu'au cadre de santé. Les réponses aux plaintes sont faites sur la base d'éléments fournis par les professionnels concernés.</p>
<p>Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Toute plainte donne lieu à une réponse écrite de la part de la Direction. Des actions sont alors entreprises.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations incluant le suivi du délai de réponse au plaignant sont les bases du programme de travail annuel de la CRU. Les plaintes et réclamations les plus graves sont présentées à la CRU afin de réaliser une analyse des causes et mettre en place des actions d'amélioration.</p>

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.	En grande partie	

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

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

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

## Référence 10 : La bienveillance 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.	Oui	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	En grande partie	

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10e-SM

#### Gestion des mesures de restriction de liberté

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>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.)</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les secteurs d'activité clinique identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier la liberté d'aller et venir. Cependant, dans les projets médicaux, cette thématique est rarement traitée. En atteste par exemple, pour la contention, l'utilisation occasionnelle de moyens inadaptés (dispositifs médicaux non conformes).</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	En grande partie	La prescription initiale de mise en isolement ou de contention est inscrite au dossier du patient. Sa réévaluation à périodicité définie est généralement assurée.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.).	Partiellement	La pratique de la mise en chambre d'isolement a été évaluée (EPP). Cette évaluation a permis la mise en place de supports de traçabilité, eux-mêmes réévalués. Il n'a pas été retrouvé de réflexion éthique sur ce thème par les experts-visiteurs. Une EPP est en cours sur la question de la contention sur le pôle psychogériatrie. Aucune procédure n'est écrite pour organiser, harmoniser et évaluer la pratique.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	Des actions d'amélioration ont été mises en place sur la mise en chambre d'isolement mais aucune sur la contention (EPP en cours).

## 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.).	Oui	

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

## 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.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

## 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

**C**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, est définie.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Dans la pratique, l'information du patient en cas de dommage lié aux soins est donnée par le médecin référent. Toutefois, la démarche n'a pas été définie dans l'établissement.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, sont menées.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'information du patient est intégrée aux formations initiales (médicale et soignante). Cependant, cette thématique n'est pas intégrée dans les formations ou informations délivrées au sein de l'établissement.</p>
<p>Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'information est délivrée au sein des services. Cependant, en l'absence du référent médical, il n'existe pas de structuration d'un relais soignant pour délivrer cette information.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'évaluation de l'information intègre l'aspect clinique et le suivi individuel des patients. Il n'existe pas d'évaluation institutionnelle de la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins.</p>

## 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).

Partiellement

Le CLUD a été mis en place en 2004. Il est intégré depuis 2007 à la sous-commission de la CME chargée de la qualité et de la sécurité des soins. A ce titre, le groupe de lutte contre la douleur définit les actions prioritaires à mettre en oeuvre dans son domaine de compétence. Cependant, l'établissement n'a pas défini de politique comportant des objectifs, l'identification des prises en charge contre la douleur et la définition de moyens.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>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.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le groupe de travail de lutte contre la douleur de la sous-commission de la CME a élaboré une procédure de prise en charge de la douleur et un arbre décisionnel pour protocoliser l'administration de paracétamol en fonction de la douleur. Ces deux documents ont été diffusés dans l'ensemble des unités de soins de l'établissement. Toutefois, le dispositif n'est pas connu de tous les soignants. La procédure et les outils ad hoc sont rarement présents.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les premières journées d'information de la sous-commission qualité et sécurité des soins ont eu lieu en 2009. Des actions de sensibilisation ont été menées par les membres du CLUD auprès de l'encadrement et des personnels des secteurs de soins. A ce jour, il n'existe ni programme, ni support de formation.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des référents douleur ont été mis en place dans les pôles les plus confrontés à cette problématique (Pôle de soins de réadaptation, réinsertion et des déficients mentaux et Pôle de gérontopsychiatrie). Ces référents douleur ainsi que d'autres professionnels participent à la mise en place de l'éducation du patient à la prise en charge de sa douleur, adaptée à la pathologie accueillie. La diffusion de documents d'information mis à disposition des soignants est très limitée.</p>
<p>La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Il n'existe pas de démarche organisée visant à tracer la mesure de la douleur dans le dossier du patient dans l'ensemble des secteurs. Dans les dossiers de patients consultés par les EV, la traçabilité des évaluations de la douleur est rarement assurée. Les outils de mesure mis à disposition (EVA et Doloplus) sont très peu utilisés.</p>
<p>Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur. Une évaluation empirique de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité d'un traitement algique. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations et les modifications de traitement sont tracées dans le dossier patient.</p>

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Des échelles spécifiques ont été testées dans plusieurs secteurs. Elles sont mises à disposition des professionnels. Néanmoins, plusieurs unités et structures n'en disposent pas.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Partiellement	Une information sur le déploiement du dispositif a été réalisée auprès des instances et de l'encadrement des pôles et secteurs d'activité. Il n'est pas connu de tous les soignants. Il n'existe pas d'action d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils par les professionnels.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Non	La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur ne sont pas évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	En l'absence d'évaluation conduite sur un plan institutionnel, aucune action d'amélioration n'est mise en place.
L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	La présidente du groupe de lutte contre la douleur participe à l'inter-CLUD régional ainsi qu'aux journées annuelles sur les soins somatiques en psychiatrie.



**Critère 13a-SM**

**Prise en charge des 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
<p>Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement est peu confronté à la prise en charge des patients en fin de vie. Face à cette éventualité, la gestion se fait au cas par cas et une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est mise en place.</p>
<p>Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les modalités de recueil de la volonté du patient et le cas échéant, de conservation des directives anticipées ne sont pas clairement définies. Il n'existe pas de procédure permettant de tracer dans le dossier du patient l'existence de directives anticipées et leur contenu ainsi que les volontés du patient relatives aux actes et soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie.</p>

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<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>Partiellement</p>	<p>Le livret d'accueil offre au patient la possibilité de déposer ses directives anticipées mais il n'existe pas de procédure, ni de support qui organise cette démarche. Concernant l'acceptation ou le refus des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, la question ne s'est jamais posée à l'établissement; il n'existe pas d'organisation sur ces deux points.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<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 cas nécessitant la mise en place d'une démarche palliative sont très rares. Généralement, les patients sont orientés vers des services de soins adaptés. Très exceptionnellement et avec l'appui des réseaux locaux (bénévoles et associations d'accompagnement), les patients peuvent être pris en charge.</p>
<p>Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie. Toutefois, dans la pratique, ils sont rarement confrontés à ces situations.</p>

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.
Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en oeuvre.	Oui	Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en oeuvre. La présence de l'antenne de psychiatrie de liaison au Centre Hospitalier permet, le cas échéant d'assurer la continuité des soins.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	En grande partie	La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle. Toutefois, l'établissement n'a pas prévu de liens avec les structures concernées telles que la CRU, la CME et la Commission de Soins.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<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>Les situations d'obstination déraisonnable sont très exceptionnelles. Les patients relevant d'une prise en charge de fin de vie étant généralement réorientés. La réflexion pluriprofessionnelle existe et des avis extérieurs peuvent être sollicités.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre au cas par cas en fonction des résultats des réflexions menées par les secteurs d'activités concernés.</p>

## PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT

Critère 14a-SM

Gestion du dossier du patient



COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les règles de tenue du dossier papier sont formalisées grâce à la réactualisation et diffusion d'un guide de tenue du dossier papier pour la partie dossier de soins. Concernant la partie médicale, les règles de tenue sont moins homogènes spécifiquement pour la partie prescription d'examens. Il existe aussi deux logiciels différents du dossier informatisé respectivement dans un pôle adulte et dans une unité d'un service de pédopsychiatrie pour lesquelles les règles de tenue n'ont pas fait l'objet de mise à jour. Un autre pôle de pédopsychiatrie pour l'extrahospitalier utilise des supports papiers encore différents et les observations des professionnels médecins, psychologues, infirmiers ne sont pas versées dans un dossier commun.</p>

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les règles d'accès au dossier papier comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures par les professionnels habilités, sont décrites dans le guide du dossier patient. Toutefois, les données des consultations antérieures ne sont pas accessibles en temps utile exception faite pour le compte-rendu d'hospitalisation dont une copie est adressée et conservée au service d'urgence. L'accessibilité aux dossiers archivés est très aléatoire car pendant les week-ends et hors des horaires d'ouverture des secrétariats, les personnes habilitées sont absentes.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les éléments diagnostiques et thérapeutiques à l'arrivée du patient sont tracés dans le dossier papier, de même pour les prescriptions médicamenteuses et les examens biologiques. Pour la partie administrative concernant l'identité du patient cette dernière n'est pas garantie. Concernant les observations tout au long du suivi : en hospitalisation la traçabilité est assurée même si les pratiques ne sont pas complètement homogènes. Les supports d'ergothérapie ne sont pas versés au dossier. En ambulatoire, HDJ et CATTTP cela n'est pas homogène et reste très dépendant de l'organisation spécifique de chaque unité.</p>

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les modalités de communication du dossier entre les professionnels de l'établissement sont définies dans le guide du dossier patient. Une fiche de liaison infirmière intra-extra a été diffusée depuis le 1er Juin pour permettre le partage d'informations. Elle n'est pas encore largement utilisée. Pour ce qui est de la communication entre les différentes unités extra-hospitalières, les EV ont constaté une communication aléatoire de certains éléments du dossier (prescriptions et observations médicales). La communication avec les correspondants externes est assurée dans 67% des cas selon les données issues de l'enquête COMPAQH (04/2010).</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'évaluation de la gestion du dossier patient a été réalisée jusqu'en 2008 grâce à la participation de l'établissement au test d'indicateurs COMPAQH. Le dispositif d'évaluation a été repris en Avril 2010. Les données sont disponibles depuis la deuxième semaine de juin 2010.</p>

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Partiellement	Un projet d'informatisation du dossier est en cours dans l'établissement. Cependant, à ce jour les résultats issus des évaluations n'ont pas donné lieu à la mise en oeuvre d'un plan d'actions d'amélioration défini avec des objectifs identifiés et un échéancier établi.



**Critère 14b-SM**

**Accès du patient à son dossier**

**COTATION**

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'accès du patient à son dossier est organisé.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement organise l'accès du patient à son dossier. La direction des usagers de la communication et de la qualité est chargée du traitement et du suivi des demandes. Une personne identifiée est plus spécifiquement chargée de suivre les demandes d'accès aux dossiers patients.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le patient est informé des droits d'accès à son dossier lors de la remise du livret d'accueil et/ou informé de ses droits par les professionnels qui orientent les patients vers la DUCQ (Direction des usagers de la communication et de la qualité).</p>

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.	Partiellement	L'accès du patient à son dossier est assuré. Cependant, le délai réglementaire n'est respecté que pour moins de la moitié des demandes (depuis le 1er janvier 2010, sur 20 dossiers 6 ont été envoyés dans le délai réglementaire).
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Les délais de transmission des dossiers aux patients sont examinés. Ils ont fait l'objet d'une action de sensibilisation auprès des secrétariats médicaux. Une gestion des demandes urgentes est organisée.
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 du nombre de demandes d'accès, des délais de transmission et des suivis des actions d'amélioration mises en oeuvre.



**Critère 15a-SM**

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

COTATION		C
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>Partiellement</p>	<p>L'établissement dans son guide d'utilisation du dossier et par la diffusion d'une fiche relative à l'identification du patient, a en partie organisé le premier recueil d'identité. Le DIM procède à une fusion des doublons d'identité lorsqu'ils lui sont communiqués. Cependant, il n'existe pas de cellule d'identitovigilance ou autre organisation pour définir une politique permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. L'établissement n'a pas défini d'objectifs pour les secteurs administratifs et cliniques qui recueillent l'identité, ni analysé les processus ou circuits en terme de points critiques et d'acteurs clés.</p>

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<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>En grande partie</p>	<p>Les professionnels administratifs du service d'admission sont sensibilisés, sous l'angle de la qualité de la facturation, à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identité. Pour les secteurs de soins, la surveillante générale vérifie les documents des hospitalisations sous contrainte. Toutefois, il n'existe pas de formation identifiant les besoins des acteurs, les objectifs et les attendus de l'établissement.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Pour l'hospitalisation, l'accueil administratif est réalisé dans les unités de soins par les secrétariats ou les infirmiers. Hormis le guide d'utilisation du dossier de soins, il n'existe pas de procédure de vérification de l'identité. De plus, la carte d'identité est rarement demandée au patient. Dans le cadre des transferts, l'item sur la fiabilité de l'identité de la feuille d'identification n'est que très partiellement coché et l'unité d'hospitalisation qui accueille secondairement le patient ne vérifie pas toujours l'identité recueillie initialement. Pour les structures ambulatoires, la demande de la carte d'identité n'est pas intégrée aux pratiques du premier accueil.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La connaissance des patients par les professionnels de santé permet la concordance entre l'identité et les actes thérapeutiques tels que l'administration des traitements et la réalisation des prélèvements. Les prélèvements sont tous identifiés par des étiquettes informatisées. Cependant, il n'existe pas pour les professionnels nouvellement intégrés ou en renfort, de processus permettant de s'assurer de leur parfaite connaissance des patients avant tout acte thérapeutique, y compris pour les patients non communicants.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le DIM procède à une vérification complète de sa base de données patient. L'établissement s'est engagé, depuis 2010, dans le projet régional mené par le CCECQA de prévention des erreurs d'identité liées aux soins et a procédé dans ce cadre à une analyse approfondie des causes d'un événement indésirable. Toutefois, il n'existe pas d'évaluation structurée et périodique portant sur l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.</p>

## 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.	Oui	

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

## Référence 17 : L'évaluation de l'état de santé du patient 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).	Oui	
La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	En grande partie	

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

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

### Critère 18a-SM

#### Continuité et coordination de la prise en charge des patients

#### COTATION

#### B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et 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	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les secteurs d'activité collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	En grande partie	
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.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Partiellement	L'établissement a élaboré une procédure d'urgence vitale précisant l'appel au SAMU 15 ou au Département de Médecine Polyvalente. Les fiches de conduite à tenir en cas d'urgence vitale, d'arrêt cardio-respiratoire, d'hypoglycémie, de problème respiratoire aigu et d'épilepsie ont été réalisées par un groupe de travail, mais n'ont pas été validées (CME), ni mises en application.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'établissement a doté toutes ses structures de trousse d'urgence dont le contenu a été validé par le comité du médicament. Cependant, ces trousse ne sont pas sécurisées. Elles sont quelquefois utilisées comme réserve ne permettant pas d'en fiabiliser le contenu. La traçabilité de la vérification de ce dernier n'est pas généralisée. Le centre hospitalier dispose de trois défibrillateurs. En cas d'arrêt cardio-respiratoire par fibrillation dans une unité de soins, aucun processus de mise à disposition de ce matériel n'a été envisagé.</p>
<p>La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'établissement a inscrit au plan de formation depuis plusieurs années des formations relatives aux gestes d'urgences. Cependant, sur 650 professionnels appartenant à la filière soignante, 60 agents ont été formés depuis 2007.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Non</p>	<p>L'organisation de la prise en charge des urgences vitales n'est pas évaluée.</p>

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes âgées

#### 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.	Oui	
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

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	En grande partie	Face aux maladies chroniques associées aux troubles psychiatriques, les secteurs de soins organisent et adaptent la prise en charge en conséquence. L'établissement n'a pas formalisé de projet spécifique de prises en charge de patients porteurs de maladies chroniques.
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	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	Oui	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les enfants et adolescents

#### 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.	Oui	
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

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.	Oui	
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

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.	Oui	
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.	Oui	
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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.	Partiellement	

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

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19c-SM Risque suicidaire

#### COTATION

**B**

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	Les évaluations sont réalisées de façon individuelle. Il n'existe pas de procédure formalisée d'évaluation du dispositif de prise en charge, issue d'une réflexion commune des professionnels.
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	En grande partie	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 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

#### B

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des procédures sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	



**COTATION**

**C**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

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

En grande partie

Dans le projet médical figure un chapitre sur la pharmacie. On y retrouve 3 objectifs : la réévaluation de l'ordonnance, le développement de rencontres avec les équipes soignantes, l'amélioration du circuit du médicament. La COMEDIMS complète cette réflexion en proposant de nouvelles actions (l'harmonisation des prescriptions et de l'administration et la prise en compte des recommandations sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient). Ces objectifs ne sont pas déclinés en plans d'actions.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.	Oui	L'établissement est en cours de finalisation du choix d'un logiciel dossier patient qui intègre sa prise en charge médicamenteuse complète. L'installation du nouvel outil est programmée. Il existe à ce jour un logiciel du circuit du médicament, accessible dans toutes les unités à l'exception de l'unité d'accueil.
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	Les prescriptions sont informatisées et uniformisées dans toutes les unités sauf à l'unité d'accueil qui dispose d'un document autocopiant propre. Les règles de prescriptions sont formalisées et les supports validés.
Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les professionnels ont accès à des outils d'aide, notamment le livret thérapeutique et celui sur l'antibiothérapie. Ils sont actualisés.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le traitement personnel du patient est géré : le classeur pharmacie, dont disposent toutes les unités, comporte un document concernant cette pratique. La procédure mentionne que le traitement personnel du patient lui est retiré au moment de l'administration. Il est mis en sécurité dans l'armoire à pharmacie de l'US. Ce n'est qu'après une évaluation médicale au moment de la sortie que le traitement est, ou non, restitué au patient. Le médecin reprend généralement dans la prescription d'admission, les médicaments somatiques prescrits par le médecin personnel du patient. Les traitements personnels sont intégrés au cas par cas dans l'ordonnance de sortie.</p>

**E1 Prévoir****Réponses aux EA****CONSTATS**

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

En grande partie

L'analyse pharmaceutique est généralisée à l'ensemble des prescriptions. Toutefois, les messages que fait parvenir la pharmacienne aux prescripteurs, quand elle préconise une révision de la prescription, sont rarement lus et pris en compte. La délivrance individuelle et hebdomadaire fait l'objet d'un double contrôle, de manière aléatoire. La pharmacie vient de se doter d'un outil lui permettant de réétiqueter les médicaments conditionnés par plaquette, afin de faire apparaître, de manière unitaire la date de péremption et le numéro de lot. L'acheminement et le stockage sont sécurisés. Quelques informations et conseils sont délivrés par la pharmacienne et formalisés dans le classeur pharmacie des unités. Les soignants n'ont pas toujours le réflexe de rechercher des informations auprès de la pharmacienne sur les pratiques (broyage des médicaments par exemple). Les approvisionnements en urgence sont organisés.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Non</p>	<p>Une évaluation de pratique a conduit l'établissement à réaliser une procédure qui n'est pas encore diffusée. Les règles d'administration ne sont pas formalisées. Il existe encore quelques recopies d'ordonnances. A de nombreuses reprises, les experts-visiteurs ont pu constater le manque de traçabilité de la vérification des dates de péremption dans les armoires à pharmacie, l'absence de repérage de la date d'ouverture des flacons de solutés, de très nombreux médicaments désoperculés bien avant le moment de l'administration, aucune traçabilité de la température du réfrigérateur. On ne retrouve pas la traçabilité de l'administration dans la majorité des unités, malgré la possibilité donnée aux soignants de le faire dans le logiciel pharmacie.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Partiellement	Des actions sont menées ponctuellement lorsqu'une fiche de déclaration d'évènement indésirable est rédigée. Cette pratique est très ponctuelle même si le nombre de FDEI est en augmentation sur ce thème. La procédure en cours de finalisation suite à l'audit sur le circuit du médicament intègre cette donnée. Les questions d'identitovigilance sont abordées dans le groupe PERIL. La mise en place d'une revue des erreurs médicamenteuses (REMEDI) a échoué.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	En grande partie	L'informatisation existe depuis plusieurs années dans l'ensemble de l'établissement à l'exception de l'unité d'accueil qui conserve des ordonnances papier.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Partiellement	Les règles de prescription sont précisées et mises en oeuvre mais les médecins ne tiennent compte que très rarement des remarques émises lors de l'analyse pharmaceutique pratiquée par la pharmacienne. La prescription papier du SAAU (Service d'Admission et d'Accueil des Urgences) n'a pas été homogénéisée avec la prescription informatique. La pharmacienne ne dispose pas de la liste officielle des prescripteurs habilités. Les experts-visiteurs ont pu voir des ordonnances corrigées sans que soient notés la date de la correction, ni son auteur.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique est systématique et tracée. La dispensation est hebdomadaire et individuelle.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'information du patient est ciblée sur quelques pôles. Des fiches d'informations sur les médicaments sont à la disposition des équipes au niveau de la pharmacie. L'établissement avait organisé il y a quelques années des ateliers du médicament. Cette pratique a été abandonnée même si elle subsiste dans certaines unités. La pratique n'est pas généralisée et son bien fondé ne fait pas consensus chez les médecins. Un projet d'actions d'éducation du patient et de sa famille vient d'être finalisé : le projet ARSIMED. Il est porté par une pharmacienne et un psychiatre dans le cadre de l'association PIC. Des soignants ont été formés à son application. Il sera présenté prochainement à la CME, après que le directeur et le président de la CME aient eux même été sensibilisés à cette démarche, entreprise depuis plus de 3 ans et expérimentée en particulier auprès des familles.</p>
<p>La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'audit réalisé sur le circuit du médicament a montré que la traçabilité de l'administration était très faible, même si l'outil informatique le permet.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement dispose de tableaux de bord médico économiques. Le suivi des médicaments en matière d'antibiothérapie est réalisé. L'établissement n'est pas soumis au CBUM. Des EPP ont été réalisées sur l'utilisation d'un anti infectieux, d'un neuroleptique et un travail est engagé sur les benzodiazépines. On ne retrouve pas un tableau de bord général de suivi d'indicateurs sur la prise en charge médicamenteuse du patient. Des données existent, mais elles sont dispersées.</p>
<p>Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Un audit vient d'être réalisé. Les actions d'amélioration sont en cours de déploiement, essentiellement sur la partie administration et traçabilité. On ne retrouve pas la trace d'audits réguliers du circuit du médicament.</p>

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

Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).

En grande partie

L'analyse pharmaceutique est généralisée mais les commentaires de la pharmacienne sont rarement pris en compte par les médecins. Des actions sont menées de manière diffuse sans être intégrées dans un programme organisé et partagé par le collège médical (EPP, éducation du patient). Il n'y a pas eu d'évaluation sur la pertinence des prescriptions en dehors de quelques EPP ciblées sur des produits. Les experts-visiteurs ont pu constater, dans certaines structures extérieures (HDJ) que les équipes de soins n'étaient pas toujours tenues informées des évolutions des traitements des patients qu'elles ont à prendre en charge et qui sont vus par les médecins référents en CMP. Ils ont pu voir des ordonnances corrigées sans que soit notée la date de la correction ni son auteur.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Pour signaler les erreurs médicamenteuses, les professionnels disposent des FDEI. Le circuit de ces fiches est organisé. Les déclarations concernant ces dysfonctionnements sont en augmentation en 2009. L'analyse n'est pas tracée.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Lorsqu'une évaluation est réalisée (EPP ou autres évaluations), des actions d'amélioration sont mises en oeuvre au cas par cas. Le circuit de l'information est défini mais le professionnel qui aura en charge la mise en oeuvre de l'action corrective, n'a pas toujours connaissance de ces informations. On peut aussi trouver des situations dans lesquelles l'information parvient jusqu'au bout de la chaîne mais l'action à mettre en oeuvre ne l'est pas. Cela dénote un manque d'homogénéité des pratiques professionnelles.</p>

## 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

**C**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une réflexion est menée dans l'établissement sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé.	Partiellement	L'établissement n'a pas développé de réflexion sur les prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé. La question de la contention chimique a été posée mais pas encore approfondie.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.	Partiellement	
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.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	En grande partie	

## 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.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

## 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).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	En grande partie	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

## 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

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les activités d'imagerie font l'objet d'une procédure d'évaluation externe de la qualité.	Oui	
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.	Oui	

## 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.	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	En grande partie	
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.	En grande partie	
Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

## 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	

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
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	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
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	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
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	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
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	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
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	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
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

**B**

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.	En grande partie	
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.	En grande partie	
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	

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

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

### Critère 27a

#### Activités de soins de suite et de réadaptation

#### COTATION

**A**

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

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

## **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**

**C**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique ou médicotechnique organisent la mise en oeuvre des démarches EPP.	En grande partie	La plupart des secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarche EPP. Cette pratique n'est pas diffusée dans tous les secteur de soins.
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.	En grande partie	Les secteurs d'activité qui se sont inscrits dans cette démarche, la mettent en oeuvre. Cependant, elle n'est pas diffusée de façon homogène dans tous les services de l'établissement.
L'engagement de tous les professionnels est effectif.	Partiellement	Les professionnels de l'établissement sont engagés dans la démarche de façon très peu homogène. Certaines équipes appartenant à des services identifiés se sont appropriées ce type de démarche.
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	Partiellement	Les actions de communication relatives aux démarches EPP ainsi qu'à leurs résultats sont mises en oeuvre auprès des instances concernées. En revanche, une déclinaison plus large de l'information aux professionnels n'est pas encore assurée.
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	L'impact des démarches EPP sur l'évolution des pratiques est mesuré au cas par cas pour les EPP qui sont arrivées à ce stade de la démarche. La majorité des EPP ne sont pas encore arrivées à ce niveau de maturation.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>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.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Certains secteurs d'activités inscrits depuis plus de temps dans cette démarche, évaluent l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion des professionnels. Ce type d'évaluation n'est pas développé.</p>

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28b

#### Pertinence des soins

**COTATION**

**C**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	En grande partie	Les enjeux liés à la pertinence des soins au sein de l'établissement ont été identifiés lors de l'élaboration du programme EPP-FMC 2009-2011. Cependant, un grand nombre de thème n'ont pas encore un pilote désigné et de fait ne sont pas entrepris.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Non	Aucune analyse de pertinence des soins n'a été réalisée à ce jour permettant la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	Quelques guides de bon usage (exemple : guide de bon usage de la prescription des antibiotiques, guide d'utilisation du dossiers) sont mis à disposition des professionnels. Cette diffusion est très partielle.
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.	Non	Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique n'ont pas utilisé l'analyse des pratiques. De ce fait, ils ne peuvent pas en mesurer l'impact sur l'évolution des pratiques.

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28c

#### Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique



### COTATION

**B**

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	En grande partie	

## \* . 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		
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE
Circuit du médicament PUI	DRASS	Mars 2001	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circuit du médicament Inspection sur les préparations hospitalières	DRASS	Janvier 2003	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stérilisation des dispositifs médicaux	DRASS	Juillet 2002	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désinfection des dispositifs médicaux			<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			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infrastructures : Fluides Médicaux	APAVE	Mai 2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infrastructures : Chauffage gaz	APAVE	Déc 2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infrastructures : Détection système de sécurité incendie	APAVE	2007,2008, 2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infrastructures : Appareils de levage (ascenseurs, haillons)	APAVE	Avril 2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infrastructures :Aire de jeux et installations sportives)	APAVE	Mai 2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infrastructures :Machines dangereuses (Massicot, broyeur, presse à platines, bennes à ordures)	APAVE	Sept 2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité incendie		Année 2009							

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT		
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE
- 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 <input checked="" type="checkbox"/> périodique	Commission de sécurité et d'accessibilité	ensemble des bâtiments	<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 électrique	APAVE	2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation (potabilité de l'eau)	DDASS	Mai 2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	Services vétérinaires	22/11/04	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	Services vétérinaires	13/02/2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eaux à usage médical ( piscine)	Laboratoire départemental	Mensuel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eaux à usage technique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eaux chaudes sanitaires Légionelles	MRIICE	2006	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques. DASRI	MRIICE	2006	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déchets à risques radioactifs			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits sanguins labiles			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité anesthésique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT		
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE
Secteur opératoire			<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 Rayonnements ionisants	APAVE	Août 2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie			<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	APAVE	Déc 2007	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**  
**Concernant la stérilisation, la sécurité alimentaire et la sécurité incendie**

<b>Libellé de(s) décision(s)</b> <i>(avec indication des références et critères concernés)</i>	<b>Suivi réalisé par l'établissement</b> <b>Oui / Non / En cours</b>
Renforcer la démarche qualité et la maîtrise de l'hygiène sur le circuit restauration, linge et transport Référence 11 et sur la restauration critère 11c	OUI