



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

## **CENTRE HOSPITALIER DE MILLAU**

265 boulevard achille souques - 12100 - Millau

NOVEMBRE 2014

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b>	<b>4</b>
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
<b>1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>8</b>
<b>2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>11</b>
1. Niveau de certification	12
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	14
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	16
4. Critères investigués lors de la visite de certification	18
5. Suivi de la décision	20
<b>3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS</b>	<b>19</b>
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	22
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	23
3. Regard Patient	24
<b>4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>25</b>

<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES</b>	<b>30</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>32</b>
PARTIE 1. Management stratégique	33
PARTIE 2. Management des ressources	57
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	99
<b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	<b>125</b>
PARTIE 1. Droits et place des patients	126
PARTIE 2. Gestion des données du patient	229
PARTIE 3. Parcours du patient	264
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	425
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	443
<b>6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>450</b>
<b>7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	<b>452</b>

# PREAMBULE

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

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

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

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

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

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# CENTRE HOSPITALIER DE MILLAU

**Adresse :** 265 boulevard achille souques  
12100 Millau AVEYRON

**Site internet:** <http://www.ch-millau.fr>

**Statut :** Public

**Type d'établissement :** Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	108	23	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	44	0	0
Soins de longue durée	50	0	0
Santé mentale	22	29	0

Nombre de sites.:	<p>L'établissement est multisites.</p> <p>Sur la commune de Millau, les activités sont réparties sur les sites suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Site du Puits de Calès (site principal des activités de court séjour).</li> <li>- Site Sainte-Anne (SSR, USLD, hôpital de jour adulte en santé mentale).</li> <li>- Site Saint-Côme (SSR et chirurgie ambulatoire).</li> <li>- Site Jonquet (activités de santé mentale).</li> <li>- Site Rue du Printemps (activités de santé mentale).</li> <li>- Site centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).</li> <li>- Site Les ateliers polyvalents « La chrysalide » (ateliers thérapeutiques).</li> <li>- Site Le RASTA (réseau et équipe mobile santé mentale).</li> </ul> <p>Sur la commune de Saint-Affrique, trois sites sont consacrés aux activités de santé mentale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Site de l'unité de psychiatrie infanto-juvénile.</li> <li>- Site du Centre médico-psychologique.</li> <li>- Site de L'Hôpital de jour de psychiatrie.</li> </ul>
Activités principales.:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MCO.</li> <li>- SM.</li> <li>- SSR.</li> <li>- SLD.</li> </ul>
Activités de soins soumises à autorisation.:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité de médecine.</li> <li>- Activité de chirurgie.</li> <li>- Activité de gynécologie-obstétrique.</li> <li>- Activité de psychiatrie.</li> <li>- Activité de soins de suite et réadaptation.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité de soins de longue durée.</li> <li>- Accueil et traitement des urgences.</li> <li>- Traitement du cancer par chirurgie et chimiothérapie.</li> </ul>
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	Laboratoire

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direction commune avec le CHRU de Montpellier, CH de Fenaille.</li> <li>- Coopération médicale à caractère général avec le CHRU de Montpellier.</li> <li>- Coopération avec les établissements voisins (Saint-Affrique, Rodez, Albi, clinique Sainte-Marie à Rodez).</li> <li>- Coopération avec le CHRU de Toulouse.</li> <li>- Coopération avec les établissements médico-sociaux du secteur (EHPAD, maisons de retraite, foyer logement, établissements accueillant des personnes handicapées IME, ESAT, etc., CCAS de Millau).</li> <li>- Coopération avec des établissements scolaires.</li> <li>- Coopération avec les collectivités territoriales, notamment dans le cadre de l'élaboration de schémas départementaux, PMI, ASE, etc.</li> <li>- Coopération avec les représentants de la justice : TGI Rodez, etc.</li> <li>- Coopération avec les réseaux de ville (addictologie : ARHEVO, CSAPA/ANPAA ; personnes âgées : réseau gérontologique Sud Aveyron, etc.).</li> <li>- Coopération avec le secteur associatif (soins palliatifs, soins de support, amélioration du quotidien des malades, etc.).</li> <li>- Coopération avec les médecins de ville.</li> </ul>
Regroupement/Fusion.:	Direction commune CHRU de Montpellier, Hôpital Maurice Fenaille, Centre hospitalier de Millau.
Arrêt et fermeture d'activité.:	//
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Équipe de liaison et de soins en addictologie.

## 2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1.Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de Santé décide de surseoir à la certification de l'établissement.

### Décisions

#### RESERVES MAJEURES

20.a bis Court Séjour (Prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a bis Santé mentale (Prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.b Santé mentale (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) .

#### RESERVES

7.e (Gestion des déchets) .

8.a (Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins) ;8.h (Bon usage des antibiotiques) .

12.a Santé mentale (Prise en charge de la douleur) .

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

26.a (Organisation du bloc opératoire) ;26.b Endoscopie (Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur) .

#### RECOMMANDATIONS

1.b (Engagement dans le développement durable) ;1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles) .

3.a (Management des emplois et des compétences) .

4.b (Amélioration de l'efficience) .

5.c (Gestion documentaire) .

7.c (Gestion de l'énergie) .

8.d (Evaluations des risques à priori) .

13.a Court Séjour (Prise en charge et droits des patients en fin de vie) ;13.a Soins de longue durée (Prise en charge et droits des patients en fin de vie) ;13.a Soins de suite et/ou de réadaptation (Prise en charge et droits des patients en fin de vie) .

14.a Santé mentale (Gestion du dossier du patient) .

18.a Santé mentale (Continuité et coordination de la prise en charge des patients) .

20.a Court Séjour (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a Soins de longue durée (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a Soins de suite et/ou de réadaptation (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a bis Soins de longue durée (Prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation (Prise en charge médicamenteuse du patient) .

28.b (Pertinence des soins) .

## 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:

Site Puits de Calès :

- Circuit du médicament.
- Laboratoires d'analyses de biologie médicale.
- Infrastructures.
- Sécurité incendie.
- Sécurité électrique.
- Hygiène alimentaire et eau d'alimentation.
- Produits sanguins labiles.

Site Sainte-Anne :

- Infrastructures.
- Sécurité incendie.
- Sécurité électrique.

Site Saint-Côme :

- Infrastructures.
- Sécurité incendie.

- Sécurité électrique.

Site Centre de santé mentale adulte :

- Infrastructures.

- Sécurité incendie.

la Haute Autorité de Santé a constaté l'absence de contrôles réglementaires sur:

Site Puits de Calès.

- Désinfection des dispositifs médicaux.

- Eaux à usage médical.

- Sécurité anesthésique.

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

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

### 4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 24/03/2014 au 28/03/2014.  
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigué les critères suivants :

#### **MANAGEMENT STRATÉGIQUE**

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

#### **MANAGEMENT DES RESSOURCES**

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

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

8.a, 8.c, 8.d, 8.e, 8.f, 8.g, 8.h, 9.a

## **DROITS ET PLACE DES PATIENTS**

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

## **GESTION DES DONNÉES DU PATIENT**

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

## **PARCOURS DU PATIENT**

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

## **PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES**

25.a, 26.a, 26.b Endoscopie

## **EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

28.a, 28.b, 28.c

## 5.Suivi de la décision

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

## 3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

### Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

### Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

- Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (1.f)
- Gestion des fonctions logistiques au domicile (6.g)
- Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins (8.a)
- Gestion des évènements indésirables (8.f)
- Maîtrise du risque infectieux (8.g)
- Système de gestion des plaintes et des réclamations (9.a)
- Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté (10.e)
- Prise en charge de la douleur (12.a)
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13.a)
- Gestion du dossier du patient (14.a)
- Accès du patient à son dossier (14.b)
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15.a)
- Prise en charge somatique des patients (17.b)
- Continuité et coordination de la prise en charge des patients (18.a)
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge médicamenteuse du

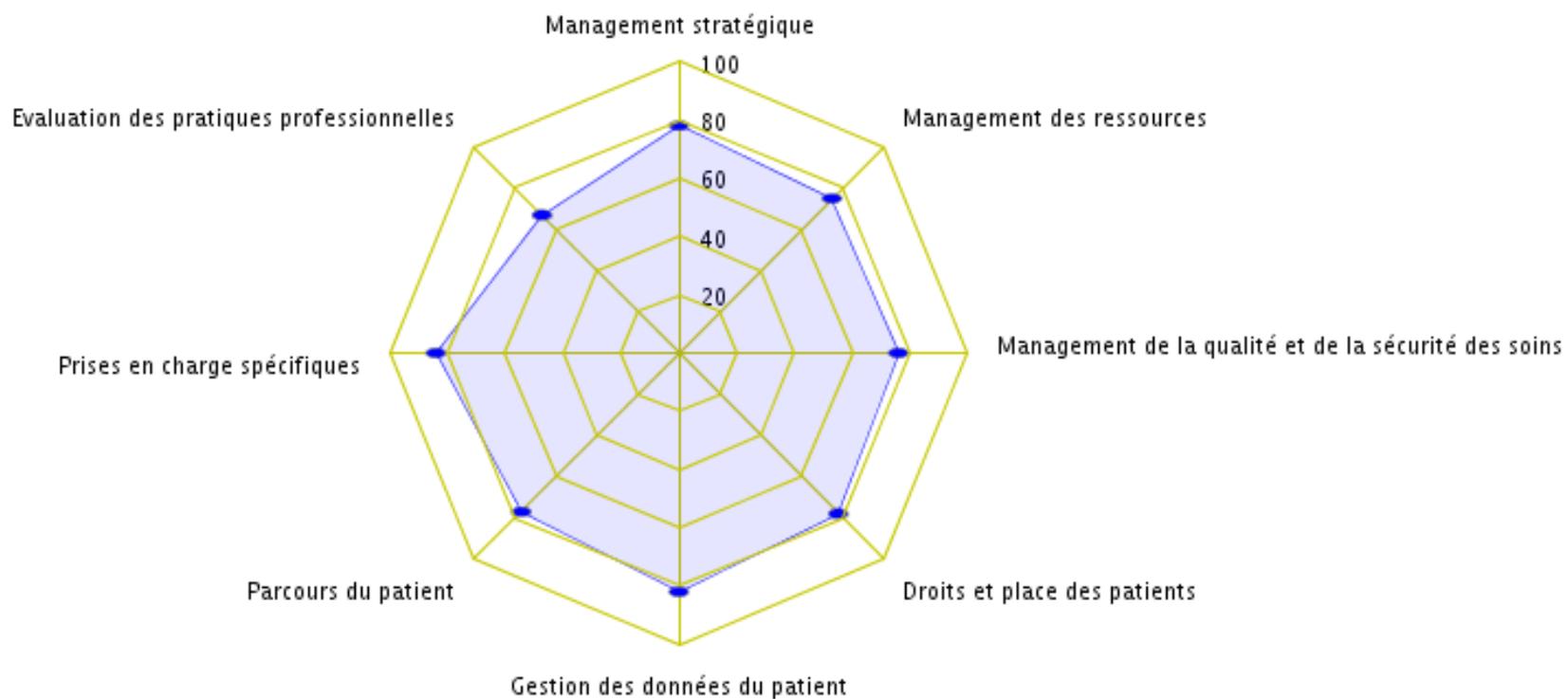
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

### Critères sélectionnés par les représentants des usagers

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

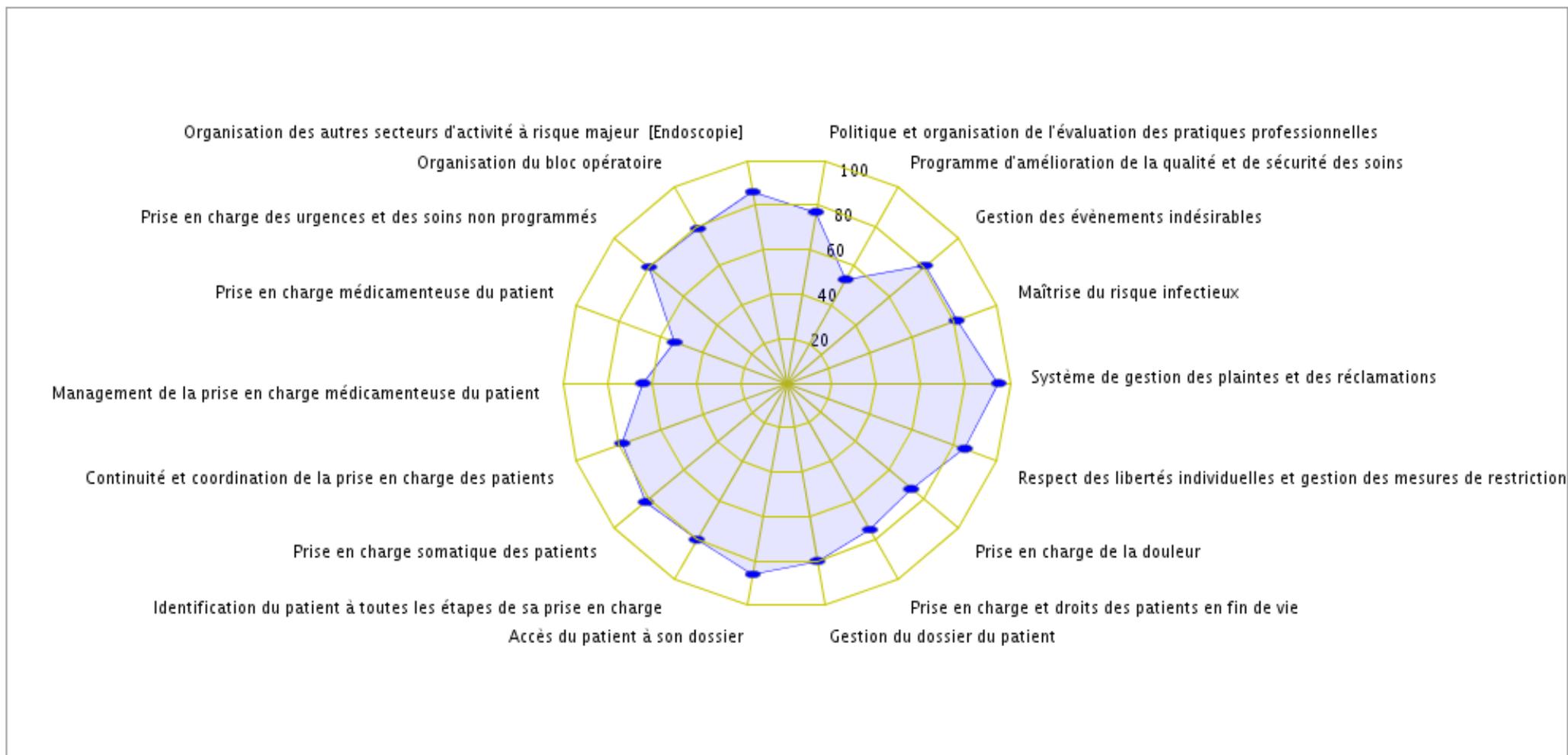
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

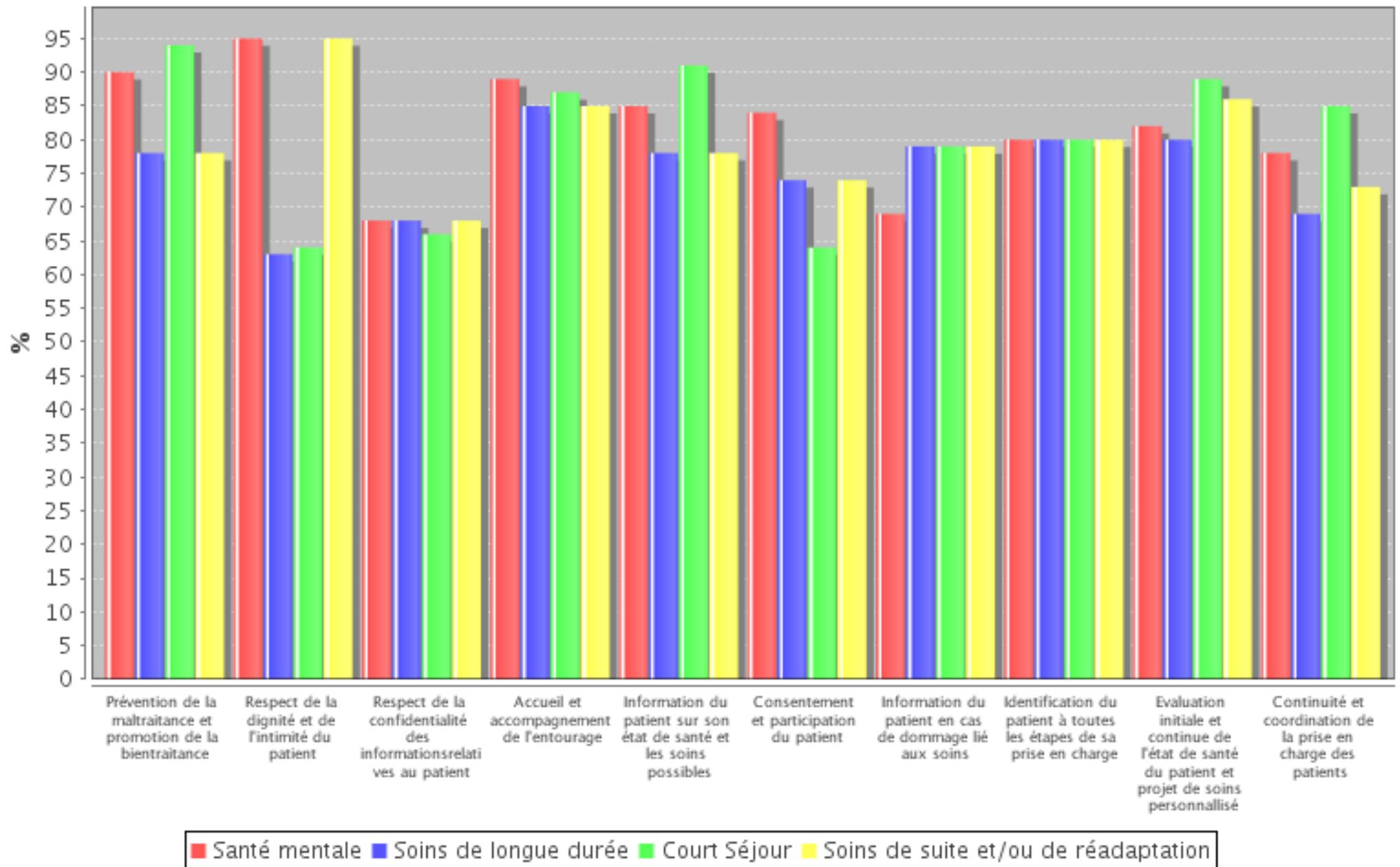


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



### 3. Regard patient



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

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
10b (Le programme d'amélioration continue de la qualité est formalisé, comporte des objectifs précis et inclut les résultats issus des différentes formes d'évaluation.).	Type 1	En cours	<p>Le programme d'amélioration continue de la qualité est formalisé avec des objectifs établis suite à la dernière visite de certification. Il a été présenté en CME en octobre 2011 et en réunion des correspondants qualité en août 2012. Il a été actualisé en août 2013.</p> <p>Il prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, la lutte contre les infections associées aux soins, la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, les dispositifs de vigilance et les actions à mettre en place suite aux décisions de la certification.</p> <p>Cependant, structuré en référence au manuel de certification, il vise à permettre à l'établissement de répondre à ses obligations dans ce domaine. De fait, il n'inclut pas les résultats de l'ensemble des formes d'évaluation et, en particulier, les actions relatives à certains domaines tels que les dysfonctionnements et risques majeurs, les analyses des événements indésirables, les risques associés aux soins et les plaintes et réclamations.</p>
11c (Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.).	Type 1	En cours	<p>Une cellule Gestion des Risques a été mise en place et se réunit tous les 15 jours. Elle s'appuie sur des grilles d'évaluation de la fréquence / gravité pour hiérarchiser les événements indésirables dans le cadre de la gestion des risques a posteriori.</p> <p>Pour la gestion des risques a priori, l'établissement a engagé une démarche de formalisation de cartographies des risques dans plusieurs domaines (risques professionnels, bloc opératoire, imagerie, dispositifs médicaux stériles, circuit du médicament). Cette démarche n'est pas généralisée à l'ensemble des secteurs à risques. L'établissement ne dispose pas encore d'une appréciation</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			globale des risques sur l'ensemble de ses secteurs d'activité.
26b MCO (Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.) ; 26b SSR (Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.).	Type 1	Oui	Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur. Un contrat d'engagement de l'établissement dans la prise en charge de la douleur figure dans le livret d'accueil. La satisfaction du patient est évaluée périodiquement au moyen d'enquêtes de satisfaction.
28a SLD (Les règles de tenue du dossier sont connues et appliquées par les différents intervenants.) ; 28a PSY (Les règles de tenue du dossier sont connues et appliquées par les différents intervenants.) ; 28a MCO (Les règles de tenue du dossier sont connues et appliquées par les différents intervenants.) ; 28a SSR (Les règles de tenue du dossier sont connues et appliquées par les différents intervenants.).	Type 1	Oui	L'établissement a formalisé une politique du dossier patient validée par la CME. Elle est complétée par plusieurs procédures définissant les règles pour tous les aspects relatifs à la tenue du dossier. Des évaluations sont mises en œuvre par un groupe de travail pour vérifier l'application de ces règles.
31b SLD (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.) ; 31b PSY (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.) ; 31b MCO (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.) ; 31b SSR (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.).	Type 1	En cours	L'informatisation est déployée pour les services de court séjour (à l'exception de la chirurgie ambulatoire), pour les unités de soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée. Les unités de santé mentale ne sont pas informatisées. L'analyse pharmaceutique n'est pas réalisée pour les secteurs non informatisés.

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
38a SLD (La volonté du patient est prise en compte.) ; 38a PSY (La volonté du patient est prise en compte.) ; 38a MCO (La volonté du patient est prise en compte.) ; 38a SSR (La volonté du patient est prise en compte.).	Type 1	Oui	La volonté du patient est prise en compte. Le livret d'accueil rappelle les dispositions relatives à la désignation d'une personne de confiance et à l'expression de directives anticipées. Le recueil de ces informations est réalisé dans le service au moyens de supports adaptés.

## 5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.	Oui	
La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques.	Oui	

L'établissement met en place des partenariats, en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	Partiellement	La mise en œuvre des orientation stratégiques fait l'objet d'un suivi mais sans périodicité particulière. Par ailleurs, l'établissement est en cours d'élaboration d'un plan de retour à l'équilibre qui devrait influencer sur la définition de ses objectifs en matière d'évolution des prises en charge et organisation.
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	Oui	

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

C

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Un diagnostic « Développement durable » a été établi par l'établissement.

Non

L'établissement n'a pas réalisé de diagnostic « développement durable ».

Un volet « Développement durable » est intégré dans les orientations stratégiques.

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Non

L'établissement ne dispose pas d'un programme pluriannuel d'actions afférent au développement durable.

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

En grande partie

Des actions de sensibilisation au développement durable ont été conduites auprès des professionnels (tri des déchets, maîtrise des consommations). Toutefois, elles ne relèvent pas d'un programme institutionnel d'information et de communication sur les objectifs de l'établissement.

L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Non	L'établissement n'a pas mis en œuvre d'action de communication sur ses objectifs en matière de développement durable en direction des 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.	Non	Du fait de l'absence de programme pluriannuel, l'établissement ne met pas en œuvre de mesures de suivi particulières.

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.c Démarche éthique

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

<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 1.d Politique des droits des patients

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).

Oui

Des formations sur les droits des patients, destinées aux professionnels, sont organisées.

Oui

#### E3 Evaluer et améliorer

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.e

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Partiellement

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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

Oui

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

**Critère 1.f**  
**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

Il existe une stratégie de développement de l'évaluation des pratiques professionnelles formalisée. Celle-ci comporte la définition d'une politique et d'objectifs, associés aux moyens nécessaires à leurs mises en œuvre, actés en avril 2013. Cette stratégie est intégrée au sein du programme qualité et sécurité des soins.

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

Oui

Il existe un dispositif de concertation entre professionnels de santé et gestionnaires au sein de la Commission EPP constituée en janvier 2012 dont le règlement intérieur est établi. La concertation est réalisée à périodicité définie, trois fois par an. Le programme EPP est présenté en CME régulièrement.

Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.

Partiellement

Le développement de l'EPP repose essentiellement sur les responsables de projets, répartis dans les différents pôles et services. Cependant, l'établissement n'a pas encore formalisé les missions et responsabilités des personnes ressources médecins et paramédicaux chargés, de manière pérenne, du déploiement de la politique EPP dans chaque pôle ou service.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	L'accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP. Il repose essentiellement sur la responsable qualité et la Cellule qualité.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	En grande partie	L'établissement suit l'état d'avancement de ses démarches EPP de façon régulière en Commission EPP. La Cellule qualité est également un acteur opérationnel de la coordination du suivi des démarches. Cependant, le suivi de l'impact n'est pas systématiquement réalisé, en particulier pour certaines EPP insuffisamment abouties pour le permettre.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	En grande partie	L'établissement met en œuvre un processus d'information des professionnels sur la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus (réunion CME, réunions de cadres, lettre qualité, etc.). Cependant, le dispositif d'information n'est pas complètement structuré (objectifs fixés, cibles identifiées, moyens de communication adaptés, etc.). Les professionnels concernés ne sont pas tous informés de la stratégie de l'EPP.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'établissement a identifié les instances auprès desquelles il rend compte de ses démarches EPP : CME, CRUQPC, réunions de pôles. Le bilan périodique aux instances est formalisé. Le bilan présente les démarches EPP en cours dans l'établissement et les résultats en termes d'actions d'amélioration des pratiques.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Partiellement	La démarche est trop récente pour permettre la révision générale de la stratégie EPP à périodicité définie. Les actions mises en œuvre et les moyens utilisés font l'objet d'ajustements en Commission EPP en fonction des résultats obtenus.

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

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

### Critère 2.a

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

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

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

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

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

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

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

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

### Critère 2.c Fonctionnement des instances

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

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

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

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

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

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

**Critère 2.e**  
**Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement**



<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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.	Partiellement	L'établissement n'a pas défini de stratégie de communication particulière pour la diffusion aux professionnels des indicateurs qu'il recueille. Dans le cadre du dialogue de gestion, les tableaux de bord établis sont transmis à l'exécutif des pôles, mais les contrats de pôles n'incluent pas d'objectifs chiffrés. Les résultats des indicateurs généralisés sont mis à disposition des usagers.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de Direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	Oui	

Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, et rendus publics par l'établissement de santé.	En grande partie	L'établissement n'a pas recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au jour de la visite.
<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 (comparaisons externe et interne).	En grande partie	

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

En grande partie

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Partiellement

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

	Partiellement	pédopsychiatrie, les traitements sont généralement administrés par un éducateur lors de l'absence de l'infirmière.
L'évaluation périodique du personnel est mise en œuvre.	Oui	
Un plan de formation est mis en œuvre.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée, et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.	Non	L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines ne fait pas l'objet d'évaluation régulière.
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.	Non	En l'absence d'évaluation, le dispositif de gestion des compétences ne fait pas l'objet de réajustement.

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

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

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

Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en œuvre.	En grande partie	
<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.	En grande partie	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

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

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

## Référence 4: La gestion des ressources financières

### Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

## Référence 4: La gestion des ressources financières

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

<b>Cotation</b>	<b>C</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement fixe chaque année des objectifs d'amélioration de l'efficience de ses organisations.	Partiellement	L'établissement est confronté à des difficultés financières importantes qui l'ont conduit à présenter un second plan de retour à l'équilibre à l'Agence Régionale de Santé. La définition de ce plan a été réalisée avec l'aide d'un consultant. Dans le cadre de ce dernier, des objectifs d'amélioration de l'efficience des organisations ont été formulés, et sont en cours de négociation avec l'autorité de Tutelle.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement conduit des études ou des audits sur ses principaux processus de production.	En grande partie	Dans le cadre de l'élaboration de son plan de retour à l'équilibre, l'établissement a conduit des réflexions sur certains de ses processus de production (adaptation des capacités d'accueil aux variations d'activité, regroupement des activités interventionnelles, circuit du médicament, développement de l'hospitalisation de semaine). Cependant, l'impact de ces études sur la situation financière est en cours de finalisation.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>Les résultats des études ou des audits donnent lieu à la mise en œuvre d'actions d'amélioration.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les résultats des différents audits et études ont donné lieu à des actions en cours de mise en œuvre. La principale concerne les travaux pour le regroupement de l'activité interventionnelle sur le site du Puits de Calès. Sont concernés également le dimensionnement des unités et les activités pendant la permanence des soins.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.a Système d'information

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un schéma directeur du système d'information est défini, en cohérence avec les orientations stratégiques, et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.	Oui	
Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>Le système d'information est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La satisfaction des utilisateurs a fait l'objet d'une enquête de satisfaction. Des actions d'amélioration et d'évolution du système d'information sont mises en œuvre, notamment dans le cadre du projet informatisation du dossier du patient. Toutefois, elles ne relèvent pas d'un plan d'actions particulier issu d'une évaluation formelle du système d'information. L'établissement a recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au jour de la visite.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 5: Le système d'information

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.

Oui

#### E3 Evaluer et améliorer

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Partiellement

Des actions visant à l'amélioration de la sécurité du système d'information sont mises en oeuvre, mais l'établissement n'a pas réalisé d'évaluation du dispositif de son système d'information. L'établissement a pas recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.c Gestion documentaire

Cotation

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

En grande partie

Un dispositif de gestion documentaire est en place. Il est décrit dans une procédure de gestion documentaire de mai 2013 faisant référence aux classeurs qualité diffusés dans les services. Cependant, cette procédure ne décrit pas les modifications de modalités d'accès à l'information consécutives à l'introduction récente d'un logiciel informatique de gestion documentaire disponible sur l'intranet de l'établissement. Une procédure en date du 22/01/2014 complète la procédure de gestion documentaire. Cependant, divers documents (protocoles, procédures, notes d'information, etc.), produits dans les différents secteurs d'activité, échappent à la gestion documentaire institutionnelle.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Le dispositif est connu des professionnels.

En grande partie

Les professionnels ont connaissance des classeurs qualité disponibles dans les services. Cependant, de nombreux professionnels ne connaissent pas encore les deux autres points d'entrée informatiques disponibles (intranet et base de données e-soins), la manière de les utiliser et leur

	En grande partie	articulation avec les documents papier.
Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.	Partiellement	Les experts-visiteurs ont constaté, à plusieurs reprises, les difficultés des professionnels à trouver dans les classeurs qualité, les documents leur permettant de vérifier, si nécessaire, si leurs pratiques étaient conformes aux protocoles et procédures en vigueur dans l'établissement. La capacité d'accéder à ces mêmes informations par voie informatique est également hétérogène. Les informations sont accessibles, mais les différents moyens disponibles ne sont pas maîtrisés par l'ensemble des professionnels.
Le système de mise à jour des documents est opérationnel.	Partiellement	Des mises à jour des documents sont effectuées en fonction des besoins identifiés par les professionnels ou les instances de l'établissement. La CME a identifié, en avril 2013, une liste de procédures antérieures à 2008 qui nécessiterait d'être mises à jour ou revalidées. Cependant, la procédure de gestion documentaire ne précise pas la périodicité de révision des documents en fonction, par exemple, de leur domaine d'application. Certains documents ne portent pas de numéro de version, pas de date ou existent en doublon.
<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	Il n'existe pas de dispositif d'évaluation périodique du système documentaire et de sa capacité à diffuser l'information, de manière fiable, dans l'ensemble des secteurs d'activité. L'introduction récente d'un logiciel informatique de gestion documentaire s'inscrit dans une démarche d'amélioration du système documentaire, mais n'apparaît pas totalement maîtrisée au moment de la visite.

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

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.	Oui	
Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les situations identifiées font l'objet de dispositifs de sécurité adaptés (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).	Partiellement	L'établissement prend en compte les observations des Commissions de sécurité et des organismes de contrôles. Pour ce qui concerne la sécurité électrique, il a fait réaliser par un organisme agréé des analyses de risques pour ses sites principaux. Sur le site du Puits de Calès qui regroupe l'essentiel des activités de court séjour, des travaux de sécurisation électrique sont en cours et concernant l'installation d'un nouveau groupe électrogène en voie de raccordement au réseau de l'établissement.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Partiellement	Le niveau de sécurité des biens et des personnes ne fait pas l'objet d'une évaluation structurée. L'établissement met ponctuellement en œuvre des actions d'amélioration en fonction des situations identifiées.

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

### Critère 6.b

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

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

<b>Cotation</b>		
	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.	En grande partie	La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée. Cependant, des locaux sont vétustes dans les secteurs de la santé mentale et des soins de suite et de réadaptation, notamment au niveau des sanitaires.
L'établissement dispose d'un programme de maintenance.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les opérations de maintenance curative et préventive assurées en interne et par des sociétés extérieures sont tracées, et permettent un suivi des opérations.	Oui	
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.	Non	Le programme de maintenance ne fait pas l'objet d'évaluation.

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

### Critère 6.c Qualité de la restauration

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

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

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

### Critère 6.d Gestion du linge

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

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Le circuit du linge est défini.

Partiellement

L'établissement adhère à une blanchisserie interhospitalière dont la mise en service est récente. Dans le cadre de son fonctionnement, les différents circuits du linge ont été définis, mais des croisements avec ceux des déchets demeurent.

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.

Partiellement

Les protocoles relatifs au respect des règles d'hygiène ont été revus, dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle organisation de la gestion du linge. Cependant, les circuits d'évacuation du linge sale ne sont pas séparés de ceux des déchets, et les chariots utilisés pour le linge ne sont pas fermés. Par ailleurs, le CLIN a demandé que le linge propre fasse l'objet d'une protection au moment de sa livraison et que du linge à usage unique puisse être disponible au niveau des

	Partiellement	blocs opératoires. Ces points ne sont pas mis en place.
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 œuvre.	Oui	

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

### Critère 6.e Fonction transport des patients

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fonction transport des patients est organisée, y compris en cas de sous-traitance.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.	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 mesure de la satisfaction et les délais d'attente relatifs à la fonction transport (interne et externe) des patients sont évalués à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Non	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	--

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

### Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

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

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

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

**Critère 6.g**  
**Gestion des fonctions logistiques au domicile**



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

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

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

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

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

### Critère 7.a Gestion de l'eau

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Un plan de maintenance préventive et curative des installations, élaboré avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), est mis en oeuvre.

Oui

Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), et tracés.

Oui

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

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

### Critère 7.b Gestion de l'air

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Non

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

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

### Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

<b>Cotation</b>	C	
<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.	Non	L'établissement n'a pas défini de politique de maîtrise de ses consommations et dépenses d'énergie, mais en assure un suivi régulier.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.	Oui	
Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.	Partiellement	L'établissement ne met pas en oeuvre un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie. Il met toutefois en place des actions ponctuelles le cas échéant.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi périodique est réalisé.	Oui	
Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.	Non	L'établissement n'a pas engagé de réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable.

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

### Critère 7.d Hygiène des locaux

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

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

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

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

### Critère 7.e Gestion des déchets

**Cotation**

**B**

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets mais pas de ses effluents. Il a engagé des actions ponctuelles pour réduire sa production, notamment pour ce qui concerne sa consommation de papier.

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

Non

L'établissement n'a pas défini de politique en matière de gestion des déchets.

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

En grande partie

L'établissement a établi des procédures de gestion des déchets. Toutefois, pour certaines catégories de déchets (cytotoxiques, excréta), les procédures ne sont pas établies. Des réflexions sont en cours pour mettre en place des mesures d'élimination adaptées.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Partiellement

Le tri des déchets est réalisé dans les différents secteurs d'activité. Cependant, les locaux de stockage intermédiaires des unités de soins ne sont pas fermés et donc facilement accessibles. D'autre part, des transferts des déchets de

	Partiellement	certaines unités vers le local central d'entreposage final sont réalisés simultanément et avec les mêmes chariots que celui utilisé pour le linge sale.
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	En grande partie	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Partiellement	L'établissement recueille les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets. Cependant, l'analyse de ces derniers n'est pas organisée. Il n'y pas de groupe de travail constitué pour cela et pas de démarche d'analyse structurée en lien avec le CLIN.
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.	Oui	

## PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

**Critère 8.a**  
**Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins**



Cotation		C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.	Oui	Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline la politique globale et les objectifs d'amélioration fixés pour l'établissement. Le programme est constitué d'actions au niveau de l'établissement, déclinées pour celles qui le nécessitent en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activités.	
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Partiellement	Le programme est unique pour l'établissement. Il prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, la lutte contre les infections associées aux soins, la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, les dispositifs de vigilance et les actions à mettre en place suite aux décisions de la certification. Cependant, le programme, structuré en référence au manuel de certification, vise seulement à permettre à l'établissement de répondre à ses obligations dans ce domaine. De fait, le programme n'intègre pas les actions relatives à certains domaines : dysfonctionnements et risques majeurs, plans d'actions issus des analyses des événements indésirables, des risques	

	Partiellement	associés aux soins, des plaintes et réclamations.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	Non	L'établissement a été informé récemment de l'accréditation d'un de ses praticiens. Les démarches réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins ne sont pas intégrées dans le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	En grande partie	Chaque secteur d'activité met en œuvre les actions du programme d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins le concernant. Des binômes sont désignés pour chaque action du plan d'action des secteurs d'activité. Pour la majeure partie des actions, un délai est généralement fixé.
<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.	En grande partie	Chaque secteur d'activité fait régulièrement un point d'avancement de son plan d'action et a minima une fois par trimestre. Pour toute action non réalisée dans le délai défini, une révision du plan d'action est réalisée. Cependant, le suivi réalisé au niveau des secteurs d'activité ne fait généralement pas l'objet de réunion formelle. Globalement, le programme qualité fait l'objet d'un suivi au niveau de la CME qui inscrit systématiquement un point « qualité » à son ordre du jour de ses réunions mensuelles, afin de mutualiser les expériences et d'assurer un pilotage global.

L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Non	L'efficacité du programme d'amélioration qualité et de la sécurité des soins n'a pas fait l'objet d'une évaluation.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Partiellement	L'établissement a assuré une mise à jour régulière de son programme en fonction de la mise en œuvre de ses actions. Cependant, il n'a pas procédé à un réajustement. Il a programmé cette révision au second semestre 2014.

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

**Critère 8.b**

**Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins**

<b>Cotation</b>	B	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est définie dans l'établissement.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour de l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins sont évaluées.	Non	

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

**Critère 8.c**  
**Obligations légales et réglementaires**

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.	Partiellement	L'organisation de la veille réglementaire n'est pas définie, mais le Centre hospitalier a identifié les responsabilités en la matière et recruté un responsable.
La Direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser à la suite des contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement met en oeuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires, en fonction du plan de priorisation.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

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

Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.

Partiellement

L'établissement a engagé une démarche d'évaluation des risques a priori qui a été relancée suite à l'embauche d'une ingénieure qualité après une vacance significative de l'emploi. Des cartographies ont été réalisées pour certaines thématiques ou domaines. Ainsi, le document unique d'évaluation des risques professionnels a été formalisé. Une évaluation des risques du bloc opératoire a été réalisée, mais sans distinction des différents sites opératoires et modalités de prise en charge (hospitalisation complète ou ambulatoire). Une démarche similaire est en cours pour l'imagerie. Par ailleurs, une auto-évaluation a été réalisée pour ce qui concerne l'utilisation des dispositifs médicaux stériles au bloc opératoire sur la base de l'outil de diagnostic préconisé par l'ANAP. Pour ce qui concerne le circuit du médicament, une évaluation a été réalisée avec l'outil Archimed. En revanche, la démarche d'évaluation des risques n'a pas été réalisée dans le secteur des salles de naissances, ni pour ce qui concerne les prises en charges en santé mentale, soins de suite et de longue durée.

De fait, l'établissement ne dispose pas encore d'une

	Partiellement	appréciation globale des risques sur l'ensemble de ses secteurs d'activité.
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risques sont mises en place.	Partiellement	L'établissement est dans une phase d'évaluation des risques et de structuration de sa démarche institutionnelle. Suite à l'évaluation réalisée au bloc opératoire, un plan d'action a été formalisé. Pour les autres secteurs, la démarche est en cours.
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	Oui	
<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.	Partiellement	L'établissement n'a pas défini de périodicité particulière pour le suivi des plans d'actions relatifs à la gestion des risques. Toutefois, le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques comprend un chapitre relatif à la prévention des risques. C'est dans le cadre du suivi de ce programme qu'est assuré le suivi des actions afférentes à la gestion des risques.
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Non	Du fait du caractère récent des démarches engagées, l'analyse de l'efficacité des actions n'a pas été réalisée.

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

Critère 8.e  
Gestion de crise

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les situations de crise sont identifiées.	Oui	
Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.	Oui	
Les plans d'urgence sont établis.	En grande partie	Les différents plans d'urgence sont établis. Toutefois, pour ce qui concerne le plan blanc, les annexes dites « NRBC » étaient en cours de finalisation au niveau régional au moment de la visite.
<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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'appropriation des procédures est évaluée à la suite de la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.	En grande partie	
Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.	Partiellement	

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

Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Oui	<p>L'établissement a rédigé une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables. Les notions de gravité et de fréquence probable de répétition sont définies.</p> <p>Le signalement d'un événement indésirable est informatisé, et le support du signalement est disponible sur l'intranet de l'établissement.</p> <p>Il existe des supports différents pour les différentes vigilances et le service d'accueil des urgences dont la coordination est assurée au niveau de la Cellule de gestion des risques qui comprend le président de la CME et le médecin hygiéniste.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement. La formation tient compte de l'identification des besoins, des objectifs et cibles. Il existe un programme et des supports de formation.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	L'établissement a identifié les professionnels concernés par la formation aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. La formation des professionnels concernés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes tient compte de l'identification des besoins, des objectifs et cibles. Il existe un programme et des supports de formation.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	En grande partie	Le processus de hiérarchisation permet d'identifier les événements indésirables nécessitant une analyse des causes profondes. Ces derniers sont expressément cités au niveau de la procédure de signalement, et concernent des événements majeurs de la prise en charge des patients (décès inattendus, prolongation d'hospitalisation, actes entraînant une invalidité, erreur de patient). L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est structurée et participative, réalisée de façon régulière et progressive à l'échelle de l'établissement. Une procédure décrit les étapes de cette analyse. Au moins une des personnes présente aux analyses est formée à la ou aux méthodes utilisées. Toutefois, le dispositif en place ne concerne pas les risques infectieux associés aux soins, les événements indésirables recensés au niveau du service des urgences et les risques liés à la prise en charge médicamenteuse pour lesquels une organisation spécifique est mise en œuvre.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	Oui	Des actions correctives sont identifiées en cohérence avec les analyses de causes des événements indésirables. La mise en œuvre de ces actions d'amélioration est hiérarchisée. La coordination et le suivi sont structurés, et sont assurés au niveau de la Cellule de gestion des risques qui se réunit deux fois par mois.

<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>L'analyse des événements indésirables permet d'identifier les causes profondes des événements récurrents à l'échelle de l'établissement. Des actions correctives sur les causes profondes des événements récurrents sont mises en œuvre. Toutefois, la démarche présente un caractère limité, et n'est pas structurée et formalisée.</p>
<p>L'efficacité des actions correctives est vérifiée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La démarche d'évaluation de l'efficacité des actions correctives n'est pas généralisée. Elle ne concerne que celles issues d'une analyse de revue morbi-mortalité.</p>

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

**Critère 8.g**  
**Maîtrise du risque infectieux**



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

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

Critère 8.h  
Bon usage des antibiotiques



<b>Cotation</b>	C	
<b>Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales</b>	<b>Classe associée à la valeur du score ICATB</b>	<b>Constats</b>
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	B	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	Partiellement	La réévaluation de l'antibiothérapie est organisée pour les antibiotiques à dispensation contrôlée, mais pas pour les autres antibiotiques. Une fiche de « Prescription nominative d'antibiotiques à dispensation contrôlée », comportant un champ de recueil de la réévaluation de la prescription, est en place depuis janvier 2014. La majorité des antibiotiques prescrits étant hors dispensation nominative, la traçabilité de réévaluation entre la 24e et la 72e heure pour ces antibiotiques n'est pas intégrée au dossier patient. Des prescripteurs rencontrés ont confirmé ce constat, et précisé que la prescription pouvait parfois durer au-delà de la durée souhaitée, car le logiciel ne la limite pas dans le temps par défaut.

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

### Critère 8.i Vigilances et veille sanitaire

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

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

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

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

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est en place.	Oui	
<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.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La pertinence d'utilisation des produits sanguins labiles est évaluée.	Partiellement	

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

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

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

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

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

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

**Critère 9.a**  
**Systeme de gestion des plaintes et des réclamations**



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

L'établissement a défini une organisation pour la gestion des plaintes et réclamations. Une procédure de gestion de ces plaintes et réclamations est formalisée. Les responsabilités sont définies, et un registre unique colligeant les plaintes et réclamations est en place.

La composition et le fonctionnement de la Commission des Relations avec les Usagers sont conformes à la réglementation. Un dispositif d'information des usagers est défini et repose sur le site internet, le livret d'accueil et un affichage mis en place dans les services et halls d'accueils.

Ce dispositif d'information intègre les modalités pour formuler une plainte et une réclamation, les personnes à contacter, les missions de la Commission des Relations avec les Usagers et le dispositif de médiation.

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

Oui

L'établissement met en place un dispositif lui permettant d'échanger des informations sur les plaintes et réclamations vers le système de déclaration des événements indésirables mis en place dans l'établissement. Ainsi, la responsable qualité participe aux séances de la CRU. Le support de

	Oui	signalement des événements indésirables a été modifié pour y intégrer un item relatif au « risque de plainte ». Le cas échéant, la CRU est destinataire des déclarations d'événements indésirables afférentes à son domaine.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	L'établissement met en œuvre sa procédure interne de gestion des plaintes et réclamations. Les professionnels concernés sont associés à la réponse donnée au plaignant et, le cas échéant, à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions correctives.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.	Oui	L'établissement met en œuvre un processus d'information au plaignant sur le traitement de sa plainte. Ainsi, un accusé de réception est systématiquement envoyé au plaignant, et intègre le rappel des modalités de mise en œuvre du dispositif de médiation.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	En grande partie	L'intégralité des plaintes et réclamations est mise à disposition des membres de la CRU. Une analyse qualitative et quantitative est réalisée en lien avec la CRU, et le bilan des plaintes et réclamations est intégré dans son rapport. L'analyse des plaintes et réclamations et le bilan réalisé dans le cadre de la CRU donnent lieu à des recommandations. Cependant, celles-ci ne sont pas intégrées au programme qualité. Par ailleurs, le suivi des délais de réponse n'est pas en place.

**Référence 9: La gestion des plaintes et l'évaluation de la satisfaction des usagers****Critère 9.b  
Evaluation de la satisfaction des usagers**

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

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

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

# PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.	Oui	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.	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 bientraitance et les droits

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

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

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.	Oui	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.	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 bientraitance et les droits****Critère 10.b - Court Séjour  
Respect de la dignité et de l'intimité du patient**

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

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	
<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 10.b - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Respect de la dignité et de l'intimité du patient**

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.b - Soins de longue durée Respect de la dignité et de l'intimité du patient

<b>Cotation</b>		
	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Partiellement	Des dispositions sont prises par les professionnels soignants pour réaliser les soins y compris d'hygiène, dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Cependant, les unités de soins de longue durée disposent de chambres doubles, ce qui ne facilite pas le respect de l'intimité des patients notamment au moment des soins de nursing. L'installation de rideaux, pour faciliter la réalisation des soins techniques ou d'hygiène par les professionnels, est programmée (commandés au moment de la visite).
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	Les conditions d'hébergement de l'unité de soins de longue durée permettent de respecter la dignité des patients. Cependant, la configuration des locaux (existence de quelques chambres doubles équipées d'une douche, d'un seul lavabo et d'un WC) ne facilite pas toujours le respect de

	En grande partie	l'intimité des patients accueillis. L'installation de rideaux pour séparer les lits par les professionnels est programmée.
<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.	En grande partie	

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.c - Court Séjour

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

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

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

En grande partie

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

En grande partie

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

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

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

Oui

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

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

Oui

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

En grande partie

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

En grande partie

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.c - Soins de suite et/ou de réadaptation Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

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

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

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

En grande partie

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

Oui

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

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

Oui

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	Oui	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

B

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

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

Oui

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

NA

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

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

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

Oui

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	Partiellement	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

<b>Cotation</b>		
	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	Le SSR du CH de Millau n'est pas habilité à recevoir des enfants.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	En grande partie	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	En grande partie	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.d - Soins de longue durée Accueil et accompagnement de l'entourage

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	L'USLD du CH de Millau n'est pas habilité à recevoir des enfants hospitalisés.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	En grande partie	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	En grande partie	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.e - Court Séjour

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

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.e - Santé mentale

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



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	Le respect des droits et des libertés individuelles du patient constitue un objectif du projet médical du pôle de psychiatrie et du projet de soins infirmiers 2013-2017.
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	En grande partie	Une réflexion sur l'exercice des droits et le respect des libertés individuelles du patient a été menée en 2013 par les professionnels médicaux et paramédicaux du service d'hospitalisation, en lien avec le groupe éthique en place dans l'établissement. Il a abouti à l'actualisation d'un document « Règles de fonctionnement de l'unité d'hospitalisation » remis à tout patient admis. Celui-ci décrit notamment les principes de préservation des libertés individuelles. Toutefois, cette réflexion n'est pas incluse dans le projet médical et n'intègre pas les risques de non-respect.
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels,	En grande partie	La réflexion menée par les professionnels du service a permis d'identifier les situations nécessitant une restriction de liberté. Ces situations, relatives à la limitation des visites, au retrait d'effets personnels, ou encore à la liberté d'aller et venir, font l'objet d'un contrat de soins établi avec le patient

etc.).	En grande partie	<p>et intégré dans son dossier.</p> <p>Le groupe a élaboré en novembre 2013 une procédure de « Gestion des mesures de restriction de liberté », mais elle n'est pas diffusée. La réflexion n'est pas incluse dans le projet médical.</p> <p>Le service d'hospitalisation complète est un service ouvert n'accueillant que des patients en soins psychiatriques libres. Cependant, une unité de ce service peut être fermée. Cette unité est identifiée Centre de Soins Attentifs (CSA). Le CSA comprend deux chambres, un salon et deux chambres d'isolement. Les chambres d'isolement ne sont utilisées que pour des patients en attente d'un transfert pour une hospitalisation sans consentement sur le CH de Rodez ou nécessitant un isolement momentané. Les deux autres chambres non fermées à clé permettent de limiter momentanément les déambulations d'un patient confus ou l'apaisement d'un patient dans une situation tendue. Dans ces derniers cas, l'accord du patient est recueilli. Le fonctionnement du Centre de Soins Attentifs fait l'objet d'une procédure décrivant les modalités de prescription et d'utilisation des chambres. Un protocole « Gestion d'une contention » est également en place.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	En grande partie	<p>Une formation d'une journée sur le thème droits et protection des personnes dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011 a été organisée en octobre 2013. Une dizaine de professionnels du secteur de psychiatrie a bénéficié de cette formation. Une sensibilisation des professionnels a été menée en 2012-2013, dans le cadre de l'évaluation du fonctionnement du Centre de Soins Attentifs sur le respect des règles de restriction de liberté. Cependant, les actions de sensibilisation au respect des libertés individuelles ne sont pas régulières.</p>

<p>La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les documents « Règles de fonctionnement de l'unité d'hospitalisation de psychiatrie » remis à l'admission ainsi que la procédure de fonctionnement du Centre de Soins Attentifs, intègrent les droits du patient pendant son hospitalisation, les situations mettant en jeu le respect des libertés individuelles ainsi que les conduites à tenir face à ces situations. L'organisation prévoit que toute restriction de liberté est discutée avec le patient et inscrite dans son contrat de soins individualisé ; ce contrat est réévalué régulièrement.</p>
<p>La réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des staffs journaliers et des temps institutionnels de réunions hebdomadaires pluridisciplinaire permettent de discuter au sein de l'équipe soignante de chaque cas de patient faisant l'objet de restrictions de liberté. Les restrictions de liberté font l'objet d'un contrat de soins établi avec le patient et intégré dans son dossier. Les éléments de la concertation sont tracés dans le dossier du patient, et contribuent à actualiser le projet individualisé de prise en charge. Une fiche de surveillance spécifique est complétée par l'équipe infirmière dans le cas d'une mise en chambre d'isolement. Une réévaluation de la prescription est également faite par le médecin dans les 24 heures. Lorsque la situation le nécessite, l'entourage est reçu par le médecin. La contention est exclusivement utilisée, le cas échéant, lors des transferts vers d'autres établissements.</p>
<p>Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Chaque restriction de liberté fait l'objet d'une prescription médicale intégrée au dossier du patient. La réévaluation de la prescription médicale se fait en équipe tous les jours, et est tracée dans le dossier de soins sur une fiche spécifique intégrant les décisions prises. La périodicité des évaluations est définie dans le projet de soins.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>

<p>Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'évaluation réalisée par l'établissement porte sur le respect des bonnes pratiques de restriction de liberté. Une évaluation des pratiques professionnelles sur l'utilisation de la chambre d'isolement a été conduite selon une méthode structurée. L'établissement n'a pas défini de dispositif d'évaluation des bonnes pratiques en matière de préservation des libertés individuelles. Par ailleurs, le service a mené sa réflexion en lien avec un groupe Éthique, mais n'a pas formellement identifié les instances et/ou structures concernées par la préservation des libertés individuelles et par le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté et, de fait, n'a pas conduit de concertation avec ces instances.</p>
<p>Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en cohérence avec les résultats de l'EPP menée en 2012-2013, et avec la participation de l'ensemble des professionnels du secteur d'activité concerné. Il s'agit notamment de l'élaboration de la procédure de « Gestion des restrictions de liberté » ou de l'amélioration des supports de traçabilité de prescription ou de surveillance infirmière des mises en chambre d'isolement. Les actions d'amélioration sont inscrites dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de Sécurité des Soins relatif à l'Éthique. La CME et la Direction des soins sont identifiés référents de ces actions. Le suivi est réalisé par le service qualité dans le cadre du suivi du plan d'action global.</p>

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.e - Soins de longue durée

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

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

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

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

### Critère 11.a - Court Séjour

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

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

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

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

### Critère 11.a - Santé mentale

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

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

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

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

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

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

L'accès à des ressources d'informations 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 11.a - Soins de longue durée

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

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

L'accès à des ressources d'informations 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 11.b - Court Séjour  
Consentement et participation du patient**

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

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

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

### Critère 11.b - Santé mentale Consentement et participation du patient

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.	Oui	
Des interventions, visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins, sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	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 11.b - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Consentement et participation du patient**

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.	En grande partie	
Des interventions, visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins, sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	Oui	
<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 11.b - Soins de longue durée Consentement et participation du patient

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.	En grande partie	
Des interventions, visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins, sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	Oui	
<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 11.c - Court Séjour

#### Information du patient en cas de dommage lié aux soins

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

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

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

### Critère 11.c - Santé mentale

#### Information du patient en cas de dommage lié aux soins

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

La thématique de la prise en charge de la douleur est retrouvée dans différents documents : volet projet de soins du projet d'établissement 2013-2017, comptes-rendus des réunions du CLUD. Cependant, la stratégie de la prise en charge de la douleur sur l'ensemble de l'établissement en fonction des populations accueillies et de la typologie de la douleur n'est pas définie. Des axes de réflexion et des actions à mettre en œuvre sont identifiés, mais ne sont pas intégrés au plan d'actions global. Les moyens alloués à la mise en œuvre de la prise en charge de la douleur sont définis. Un infirmier référent douleur, rattaché à la consultation douleur labellisée de l'établissement, est détaché 20 % de son temps pour mener des actions sur la douleur. Un CLUD pluriprofessionnel composé de médecins, dont le médecin référent douleur et soins palliatifs, d'infirmières dont une infirmière anesthésiste de la salle de surveillance postinterventionnelle et d'aides-soignantes, se réunit régulièrement et pilote les actions à mettre en œuvre dans le

	En grande partie	cadre de la lutte contre la douleur. Son règlement intérieur n'est pas formalisé. Des correspondants douleur ont été récemment identifiés dans les services. Leur fiche de poste est diffusée. Le CLUD établit un programme d'activité et réalise un bilan annuel.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Partiellement	Des protocoles analgésiques spécifiques à certaines pratiques ou prises en charge sont diffusés. Ils concernent l'utilisation du mélange équimolaire de protoxyde d'azote (MEOPA), l'utilisation des patchs d'EMLA pour les abords sur chambres implantables et l'utilisation de la xylocaïne. Les protocoles analgésiques, définissant l'utilisation des antalgiques des différents paliers en fonction du type de douleur et de son intensité selon les recommandations de bonnes pratiques pour toutes les situations rencontrées sur l'établissement, ne sont pas définis. Des moyens non médicamenteux comme la neurostimulation sont peu utilisés et ne font pas l'objet de protocoles.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Le plan de formation intègre chaque année des formations sur la prise en charge de la douleur et prévoit la participation à des congrès. Par ailleurs, l'infirmier référent douleur est membre de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), et réalise des actions de formation internes destinées principalement aux correspondants douleur des services de soins. Des actions de sensibilisation des professionnels sur la prise en compte de la douleur sont réalisées périodiquement.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	L'information du patient sur son implication dans la prise en charge de sa douleur est assurée par le biais du livret d'accueil qui comporte un « contrat d'engagement » douleur. Cette information est relayée par les professionnels de façon hétérogène sur les services de soins. En pratique, les professionnels informent le patient des modalités mises en œuvre au moment de l'évaluation initiale de la douleur.

	En grande partie	Cette information ainsi que les actions d'éducation réalisées ne sont pas tracées dans le dossier.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » et de sa valeur de 78 % pour un intervalle de confiance = [68 %-87 %] pour la campagne de recueil 2011. L'établissement n'a pas défini et mis en œuvre un plan d'actions structuré associé à cet indicateur.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur et l'établissement a réalisé en 2012 et 2013, une enquête sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur en MCO sauf en soins continus. Ces dernières ont montré que l'évaluation variait de 48 % à la sortie des urgences et de la SSPI à 83 % pour le reste des services. Les professionnels rencontrés et les dossiers consultés confirment ces données, et notamment la variabilité de l'évaluation de la douleur en fonction des services.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Différents moyens d'évaluation de la douleur ont été identifiés par le CLUD et mis à disposition des professionnels. En fonction de la typologie des patients accueillis dans les différents services, des échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation pour patients communicants et non communicants sont mises à disposition des professionnels. L'évaluation de la douleur se fait sur le diagramme des paramètres intégré au dossier patient informatisé. Un guide de repérage et d'évaluation des composantes de la douleur destiné aux soignants appelé COQ a été créé à l'initiative d'un agent de l'établissement. Ce guide sous forme de plaquette de poche reprend au recto les composantes de la douleur : type de douleur, localisation et circonstances de survenue, (COQ = Comment Où Quand) et au verso, sont précisés les outils d'évaluation disponibles. Ce guide a été diffusé début 2014 à tous les professionnels.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
<p>Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les responsables des services ont été associés à l'élaboration des protocoles « d'organisation de l'évaluation de la douleur » dans leurs services. L'application de ces protocoles, dont la validation date de décembre 2013 et la diffusion de début 2014, n'a pas été évaluée.</p> <p>Cependant, les cadres s'assurent de l'appropriation de l'utilisation des outils par les professionnels au travers de l'observation des dossiers et des réunions d'équipes. Une enquête de prévalence sur la traçabilité de la douleur a été réalisée en octobre 2013 par le CLUD en MCO sauf en soins continus, avant la mise en place des protocoles « d'organisation de l'évaluation de la douleur ». Elle montre l'utilisation des outils d'évaluation dans 62 % des dossiers observés, sans précision des variations entre les services. Les échanges avec les professionnels ont permis de constater que cette appropriation n'est pas généralisée. Par ailleurs, la présence de plusieurs échelles numériques (EVA, EN, EVS) dans le dossier patient peut conduire à tracer une évaluation établie à partir d'une échelle garantissant presque toujours le lien avec les évaluations antérieures.</p>
<p>La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur ». Il a également mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation, dont une enquête de prévalence annuelle sur l'évaluation de la douleur en 2012 et 2013 sur environ cent cinquante dossiers sur l'ensemble de l'établissement, hors unité de soins continus. Une EPP sur « L'évaluation du syndrome douloureux chronique en structure spécialisée » a été conduite en 2011 par un médecin et l'infirmier référent douleur.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les résultats des IPAQSS douleur ainsi que les résultats des enquêtes de prévalence sur l'évaluation de la douleur ont été discutés au cours des réunions du CLUD, et ont donné lieu à des actions d'amélioration figurant dans les comptes-rendus du CLUD.</p>

<p>L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement est conventionné avec l'InterCLUD Midi-Pyrénées et l'InterCLUD Languedoc-Roussillon. L'infirmier référent douleur ainsi que le médecin référent du CLUD participent aux réunions de ces derniers. Ils assurent également des formations sur des structures externes. L'infirmier référent douleur est également membre de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur et participe à des congrès nationaux sur la douleur.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Santé mentale  
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

La thématique de la prise en charge de la douleur est retrouvée dans différents documents : volet projet de soins du projet d'établissement 2013-2017, comptes-rendus des réunions du CLUD. La stratégie de la prise en charge de la douleur dans les services de santé mentale en fonction des populations accueillies et de la typologie de la douleur n'est pas définie. La thématique de la douleur est abordée, mais les objectifs, les actions qui en découlent, les moyens et les modalités de suivi ne sont pas définis. Les actions intégrées au plan d'actions global sont générales, et ne permettent pas d'identifier les modalités de prise en charge spécifiques à la santé mentale. Des axes de réflexion et des actions à mettre en œuvre sont identifiés, mais ne sont pas intégrés au plan d'actions global. Les moyens alloués à la mise en œuvre de la prise en charge de la douleur sont définis. Un infirmier référent douleur, rattaché à la consultation douleur labellisée de l'établissement, est détaché 20 % de son temps pour mener des actions sur la douleur.

	Partiellement	Un CLUD pluriprofessionnel composé de médecins, dont le médecin référent douleur et soins palliatifs, d'infirmières dont une infirmière anesthésiste de la salle de surveillance postinterventionnelle et d'aides-soignantes, se réunit régulièrement et pilote les actions à mettre en œuvre dans le cadre de la lutte contre la douleur. Son règlement intérieur n'est pas formalisé. Des correspondants douleur ont été récemment identifiés dans les services, leur fiche de poste est diffusée. Le CLUD établit un programme d'activité et réalise un bilan annuel.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Partiellement	Des protocoles analgésiques spécifiques à certaines pratiques ou prises en charge sont diffusés sur l'établissement, mais ne sont pas mis en œuvre sur les services de santé mentale car non adaptés aux prises en charge des patients. L'utilisation des antalgiques avec les risques liés aux traitements associés en santé mentale ne sont pas définis. Les protocoles analgésiques, précisant les indications des antalgiques des différents paliers en fonction du type de douleur et de son intensité selon les recommandations de bonnes pratiques, ne sont pas définis. Le recours possible à des analgésiques adaptés aux populations particulières n'est pas formalisé. Les psychiatres assurent les prescriptions au cas par cas. Un protocole d'administration de paracétamol est en cours de rédaction.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Le plan de formation intègre chaque année des formations sur la prise en charge de la douleur et prévoit la participation à des congrès. Par ailleurs, l'infirmier référent douleur est membre de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), et réalise des actions de formation internes destinées principalement aux correspondants douleur des services de soins. Des actions de sensibilisation des professionnels sur la prise en compte de la douleur sont réalisées périodiquement.

<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>Dans les services de santé mentale, l'implication des psychologues dans la prise en charge des patients contribue à repérer la douleur le plus souvent psychique et plus rarement physique. Sa prise en charge est articulée entre les psychiatres, le personnel infirmier et les psychologues. L'équipe pluridisciplinaire est particulièrement centrée sur la douleur psychique et met en œuvre des moyens non médicamenteux pour la traiter, comme les groupes de parole, les entretiens individuels s'appuyant sur diverses pratiques de psychanalyse et/ou de psychothérapie. Le profil des patients pris en charge rend difficile l'éducation à la prise en charge de la douleur, mais cette dernière s'inscrit dans un travail pluridisciplinaire à l'appui d'outils comme les ateliers thérapeutiques autour de l'écriture, le dessin, la couture, ou les contes en pédopsychiatrie. C'est au travers de la participation du patient et d'un recentrage sur lui-même que son implication dans son « traitement » est recherchée. Pour certains patients, quand cela est possible, l'information sur la prise en charge de sa douleur est assurée par le biais du livret d'accueil comportant un « contrat d'engagement » douleur.</p>
<p>La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>Non</p>	<p>En santé mentale, le dossier patient n'est pas informatisé, et la rencontre avec les professionnels en visite a confirmé que la traçabilité des évaluations de la douleur n'est pas assurée. L'enquête de prévalence de 2012 et 2013 sur l'évaluation de la douleur et sa traçabilité n'a pas été étendue aux secteurs de santé mentale.</p>
<p>Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La douleur est une préoccupation dans la prise en charge globale des patients, mais elle n'est pas tracée. Une enquête de prévalence sur la traçabilité de la douleur réalisée en 2012 et renouvelée 2013 a été menée au niveau institutionnel mais pas dans les secteurs de santé mentale, ce qui ne permet pas de disposer de données quantitatives sur la prise en compte du soulagement de la douleur.</p>

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Partiellement	Différents moyens d'évaluation de la douleur ont été identifiés sur l'établissement dans le cadre du CLUD, et mis à disposition des professionnels. Seules deux échelles d'hétéro-évaluation ont été retenues : une pour les adultes et EVENDOL pour les enfants. La formation des professionnels en santé mentale à l'utilisation de ces outils a débuté en 2014, un protocole d'organisation de l'évaluation la mentionnant a été diffusé en décembre 2013. Leur utilisation est en cours d'appropriation.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	En grande partie	Les responsables des services ont été associés à l'élaboration des protocoles « d'organisation de l'évaluation de la douleur » dans leurs services. L'application de ces protocoles, dont la validation date de décembre 2013 et la diffusion du début d'année 2014, n'est pas évaluée. Cependant, les cadres s'assurent de l'appropriation de l'utilisation des outils par les professionnels au travers de l'observation des dossiers et des réunions d'équipes. Les échanges avec les professionnels ont permis de constater que l'appropriation des outils d'évaluation n'est pas généralisée. Par ailleurs, la présence de plusieurs échelles numériques (EVA, EN, EVS) dans le dossier patient peut conduire à tracer une évaluation établie à partir d'une échelle, sans pouvoir garantir le lien avec les évaluations antérieures.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Partiellement	Une évaluation des pratiques professionnelles sur « l'évaluation du syndrome douloureux chronique en structure spécialisée » a été conduite en 2011 par un médecin et l'infirmier référent douleur. L'enquête de prévalence annuelle sur l'évaluation de la douleur en 2012 et 2013 ne concerne pas le secteur de la santé mentale.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	Les résultats des IPAQSS douleur ainsi que les résultats des enquêtes de prévalence sur l'évaluation de la douleur sont discutés au cours des réunions du CLUD, et ont donné lieu à des actions d'amélioration figurant dans les comptes-rendus du CLUD.

	En grande partie	Pour les secteurs de santé mentale, l'auto-évaluation conduite dans le cadre de la démarche de certification a permis d'identifier des actions d'amélioration, dont la définition de l'organisation de l'évaluation de la douleur, qui a abouti à l'élaboration d'un protocole.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement est conventionné avec l'InterCLUD Midi-Pyrénées et l'InterCLUD Languedoc-Roussillon. L'infirmier référent douleur ainsi que le médecin référent du CLUD participent aux réunions de ces derniers. Ils assurent également des formations sur des structures externes. L'infirmier référent douleur est également membre de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur et participe à des congrès nationaux sur la douleur.

## Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

La thématique de la prise en charge de la douleur est retrouvée dans différents documents : volet projet de soins du projet d'établissement 2013-2017, comptes-rendus des réunions du CLUD, projet du pôle SSR, mais la stratégie de la prise en charge de la douleur sur l'ensemble de l'établissement en fonction des populations accueillies et de la typologie de la douleur n'est pas définie.

Des axes de réflexion et des actions à mettre en œuvre sont identifiés, mais ne sont pas intégrés au plan d'actions global. Les moyens alloués à la mise en œuvre de la prise en charge de la douleur dans le secteur des soins de suite et de réadaptation sont définis. Un infirmier référent douleur, rattaché à la consultation douleur labellisée de l'établissement, est détaché 20 % de son temps pour mener des actions sur la douleur sur l'ensemble de l'établissement.

Un binôme de correspondantes « douleur » infirmière/aide-soignante est identifié pour le secteur des soins de suite. Leur fiche de poste est diffusée. Le médecin référent douleur détenteur d'un DU Douleur est présent sur les services de

	En grande partie	<p>SSR.</p> <p>Un CLUD pluriprofessionnel composé de médecins, dont le médecin référent douleur et soins palliatifs, d'infirmières dont une infirmière anesthésiste de la salle de surveillance postinterventionnelle et d'aides-soignantes, se réunit régulièrement et pilote les actions à mettre en œuvre dans le cadre de la lutte contre la douleur. Son règlement intérieur n'est pas formalisé. Le CLUD établit un programme d'activité et réalise un bilan annuel.</p>
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Partiellement	<p>Des protocoles analgésiques spécifiques à certaines pratiques ou prises en charge sont diffusés. Pour les services de soins de suite, ils concernent l'utilisation du mélange équimolaire de protoxyde d'azote (MEOPA) pour la prise en charge de la douleur induite par les soins.</p> <p>Les protocoles analgésiques, définissant l'utilisation des antalgiques des différents paliers en fonction du type de douleur et de son intensité selon les recommandations de bonnes pratiques pour toutes les situations rencontrées sur l'établissement, ne sont pas définis, mais la présence quotidienne des médecins gériatres dont le médecin référent douleur et soins palliatifs facilite la prescription des antalgiques au cas par cas si nécessaire. De plus, ces médecins font régulièrement des prescriptions conditionnelles pour traiter la douleur si les antalgiques palier 1 ne sont pas efficaces.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	<p>Le plan de formation intègre chaque année des formations sur la prise en charge de la douleur et prévoit la participation à des congrès.</p> <p>Par ailleurs, l'infirmier référent douleur est membre de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), et réalise des actions de formation internes destinées principalement aux correspondants douleur des services de soins.</p> <p>Un binôme infirmier/aide-soignant a été identifié et formé</p>

	Oui	<p>sur le secteur SSR.</p> <p>Des actions de sensibilisation des professionnels sur la prise en compte de la douleur sont réalisées périodiquement.</p>
<p>Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.</p>	En grande partie	<p>L'information du patient sur son implication dans la prise en charge de sa douleur est assurée par le biais du livret d'accueil qui comporte un « contrat d'engagement » douleur. Pour le secteur des soins de suite et de réadaptation, cette information est relayée par les professionnels lors de l'admission du patient. En pratique, les professionnels évaluent l'état du patient et son niveau de compréhension et l'informent des outils qui seront utilisés pour évaluer sa douleur. Des informations et conseils sont également donnés au patient pour limiter les risques dont le déclenchement de la douleur liée aux postures, notamment après certaines interventions d'orthopédie.</p> <p>Ces informations ainsi que les actions d'éducation réalisées ne sont pas tracées dans le dossier.</p>
<p>La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.</p>	En grande partie	<p>Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » et de sa valeur 44 % pour un intervalle de confiance = [33 %-55 %] pour la campagne de recueil 2011. L'établissement a défini et mis en œuvre un plan d'actions structuré associé à cet indicateur.</p>
<p>Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.</p>	En grande partie	<p>Une enquête, réalisée en 2012 et renouvelée 2013 sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur, a été réalisée sur l'ensemble de l'établissement. Elle a permis d'établir que, sur environ cent cinquante dossiers, l'évaluation de la douleur est réalisée pour 83 % des patients mais, ces résultats, généraux, n'ont pas permis d'identifier les résultats spécifiques du secteur SSR.</p> <p>Les rencontres avec les professionnels et la consultation des dossiers patients sur le volet évaluation de la prise en charge la douleur montrent que cette évaluation du soulagement de la douleur est généralement faite.</p>

<p>Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Différents moyens d'évaluation de la douleur ont été identifiés par le CLUD et mis à disposition des professionnels. En fonction de la typologie des patients accueillis, des échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation pour patients communicants et non communicants sont mises à disposition des professionnels. L'évaluation de la douleur se fait sur le diagramme des paramètres intégré au dossier patient informatisé. Un guide de repérage et d'évaluation des composantes de la douleur destiné aux soignants appelé COQ a été créé à l'initiative d'un agent de l'établissement. Ce guide, sous forme de plaquette de poche, reprend au recto les composantes de la douleur : type de douleur, localisation, et circonstances de survenue, (COQ = Comment Où Quand) et au verso, sont précisés les outils d'évaluation disponibles. Ce guide a été diffusé depuis début 2014 à tous les professionnels.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les responsables des services ont été associés à l'élaboration des protocoles « d'organisation de l'évaluation de la douleur » dans leurs services. L'application de ces protocoles, dont la validation date de décembre 2013 et la diffusion du début d'année 2014, n'est pas évaluée. Cependant, les cadres s'assurent de l'appropriation de l'utilisation des outils par les professionnels au travers de l'observation des dossiers et des réunions d'équipes. En SSR, la présence quotidienne du médecin référent douleur et sa participation régulière aux staffs avec la cadre du service contribuent à renforcer l'attention portée à l'évaluation de la douleur et à l'utilisation des outils utilisés. Les échanges avec les professionnels ont permis de constater que l'appropriation des outils d'évaluation n'est pas généralisée. Par ailleurs, la présence de plusieurs échelles numériques (EVA, EN, EVS) dans le dossier patient peut conduire à tracer une évaluation établie à partir d'une échelle garantissant presque toujours le lien avec les</p>

	En grande partie	évaluations antérieures.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur ». Il a également mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation, dont une enquête de prévalence annuelle sur l'évaluation de la douleur en 2012 et 2013 sur environ cent cinquante dossiers. Une EPP sur « l'évaluation du syndrome douloureux chronique en structure spécialisée » a été conduite en 2011 par un médecin et l'infirmier référent douleur.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les résultats des IPAQSS douleur ainsi que les résultats des enquêtes de prévalence sur l'évaluation de la douleur ont été discutés au cours des réunions du CLUD, et ont donné lieu à des actions d'amélioration figurant dans les comptes-rendus du CLUD.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement est conventionné avec l'InterCLUD Midi-Pyrénées et l'InterCLUD Languedoc-Roussillon. L'infirmier référent douleur ainsi que le médecin référent du CLUD participent aux réunions de ces derniers. Ils assurent également des formations sur des structures externes. L'infirmier référent douleur est également membre de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur, et participe à des congrès nationaux sur la douleur.

## Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

La thématique de la prise en charge de la douleur est retrouvée dans différents documents : volet projet de soins du projet d'établissement 2013-2017, comptes-rendus des réunions du CLUD, projet de pôle gériatrique, mais la stratégie de la prise en charge de la douleur sur l'ensemble de l'établissement en fonction des populations accueillies et de la typologie de la douleur n'est pas définie.

Des axes de réflexion et des actions à mettre en œuvre sont identifiés, mais ne sont pas intégrés au plan d'actions global.

Les moyens alloués à la mise en œuvre de la prise en charge de la douleur sont définis. Un infirmier référent douleur, rattaché à la consultation douleur labellisée de l'établissement, est détaché 20 % de son temps pour mener des actions sur la douleur.

Un gériatre a été identifié médecin référent douleur et soins palliatifs, il participe avec d'autres gériatres à la prise en charge des patients sur les secteurs SSR et USLD.

Un CLUD pluriprofessionnel composé de médecins dont le médecin référent douleur et soins palliatifs, d'infirmières

	En grande partie	<p>dont une infirmière anesthésiste de la salle de surveillance postinterventionnelle et d'aides-soignantes, se réunit régulièrement et pilote les actions à mettre en œuvre dans le cadre de la lutte contre la douleur. Son règlement intérieur n'est pas formalisé. Des correspondants douleur ont été récemment identifiés dans les services, leur fiche de poste est diffusée. Le CLUD établit un programme d'activité et réalise un bilan annuel.</p>
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Partiellement	<p>Des protocoles analgésiques spécifiques à certaines pratiques ou prises en charge sont diffusés. Pour les services d'USLD, ils concernent l'utilisation du mélange équimolaire de protoxyde d'azote (MEOPA) pour la prise en charge de la douleur induite par les soins et l'utilisation des patchs d'EMLA pour le traitement des plaies ulcéreuses.</p> <p>Les protocoles analgésiques définissant l'utilisation des antalgiques des différents paliers en fonction du type de douleur et de son intensité selon les recommandations de bonnes pratiques pour toutes les situations rencontrées sur l'établissement ne sont pas définis.</p> <p>Les médecins gériatres dont le médecin référent douleur, présents sur l'USLD, assurent les prescriptions médicales d'antalgiques et leur réajustement en fonction des situations rencontrées. Leur présence quotidienne auprès des soignants facilite la mise en œuvre de nouvelles prescriptions ou des ajustements. Ils rédigent également des prescriptions conditionnelles d'antalgiques si l'état du patient est instable et que la douleur risque d'évoluer. Le médecin référent douleur projette de rédiger les protocoles analgésiques adaptées aux populations accueillies.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	<p>Le plan de formation intègre chaque année des formations sur la prise en charge de la douleur et prévoit la participation à des congrès.</p> <p>Par ailleurs, l'infirmier référent douleur est membre de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur</p>

	Oui	(SFETD), et réalise des actions de formation internes destinées principalement aux correspondants douleur des services de soins. Des actions de sensibilisation des professionnels sur la prise en compte de la douleur sont réalisées périodiquement.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	L'information du patient sur son implication dans la prise en charge de sa douleur est assurée par le biais du livret d'accueil qui comporte un « contrat d'engagement » douleur. Cette information est relayée par les professionnels en fonction du niveau de compréhension des patients. En pratique, les professionnels informent le patient des modalités d'évaluation mises en œuvre au moment de l'évaluation initiale de la douleur. Cette information ainsi que les actions d'éducation réalisées ne sont pas tracées dans le dossier.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	L'examen des dossiers des patients a permis de constater que la traçabilité de la douleur dans les dossiers du patient est assurée dans 80 % des cas.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur, et l'établissement a réalisé en 2012 et 2013 une enquête sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur. Les rencontres avec les professionnels et la consultation des dossiers patients sur le volet évaluation de la prise en charge la douleur ont montré que cette évaluation du soulagement de la douleur est généralement faite.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Différents moyens d'évaluation de la douleur ont été identifiés par le CLUD et mis à disposition des professionnels. En fonction de la typologie des patients accueillis dans les différents services, des échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation pour patients communicants et non communicants sont mises à à disposition des professionnels. L'évaluation de la douleur se fait sur le diagramme des paramètres intégré au dossier patient informatisé.

	Oui	Dans le service d'USLD Sainte-Anne, un guide de repérage et d'évaluation des composantes de la douleur destiné aux soignants appelé COQ a été créé à l'initiative d'un agent. Ce guide, sous forme de plaquette de poche, reprend au recto les composantes de la douleur : type de douleur, localisation, et circonstances de survenue, (COQ = Comment Où Quand) et au verso, sont précisés les outils d'évaluation disponibles. Ce guide a été diffusé début 2014 à tous les professionnels.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	En grande partie	Les responsables des services ont été associés à l'élaboration des protocoles « d'organisation de l'évaluation de la douleur » dans leurs services. L'application de ces protocoles, dont la validation date de décembre 2013 et la diffusion du début d'année 2014, n'est pas évaluée. Cependant, les cadres s'assurent de l'appropriation de l'utilisation des outils par les professionnels au travers de l'observation des dossiers et des réunions d'équipes. Les échanges avec les professionnels ont permis de constater que l'appropriation des outils d'évaluation n'est pas généralisée. Par ailleurs, la présence de plusieurs échelles numériques (EVA, EN, EVS) dans le dossier patient peut conduire à tracer une évaluation établie à partir d'une échelle garantissant presque toujours le lien avec les évaluations antérieures.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement a mis en œuvre une enquête de prévalence annuelle sur l'évaluation de la douleur en 2012 et 2013 sur environ cent cinquante dossiers sur l'ensemble de l'établissement. Une EPP sur « L'évaluation du syndrome douloureux chronique en structure spécialisée » a été conduite en 2011 par un médecin et l'infirmier référent douleur.

Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les résultats des IPAQSS douleur ainsi que les résultats des enquêtes de prévalence sur l'évaluation de la douleur ont été discutés au cours des réunions du CLUD et ont donné lieu à des actions d'amélioration figurant dans les comptes-rendus du CLUD. La création du guide d'évaluation de la douleur COQ a été instaurée par le secteur USLD suite à des constats de pratiques et des réflexions des professionnels lors de l' EPP sur l'évaluation de la douleur et la traçabilité en USLD (EPP débuté en 2012 et toujours en cours).
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement est conventionné avec l'InterCLUD Midi-Pyrénées et l'InterCLUD Languedoc-Roussillon. L'infirmier référent douleur ainsi que le médecin référent du CLUD participent aux réunions de ces derniers. Ils assurent également des formations sur des structures externes. L'infirmier référent douleur est également membre de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur et participe à des congrès nationaux sur la douleur.

## Référence 13: La fin de vie

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



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

L'établissement dispose d'un lit identifié de soins palliatifs dans le secteur MCO. Une organisation, permettant de repérer les patients en fin de vie et de mettre en œuvre une prise en charge adaptée, est en place mais n'est pas formalisée. Les moyens et ressources ne sont pas identifiés.

Les objectifs, en matière de prise en charge des patients atteints de maladies graves potentiellement incurables, ne sont pas définis, et les outils d'analyse de fonctionnement ne sont pas définis. Une grille de repérage des patients en fin de vie est en place.

Les acteurs clés sont identifiés, mais leurs missions et responsabilités ne sont pas définies : un médecin référent soins palliatifs titulaire d'un DIU de soins palliatifs intervient en SSR, mais pas en MCO. Une infirmière référente, formée en soins palliatifs, est identifiée et travaille dans le service de médecine accueillant les patients de soins palliatifs. En cas de besoin, le réseau local de soins palliatifs Palliance 12 est sollicité dans le cadre d'une convention. Un groupe de travail « Soins palliatifs » est constitué, et assure la mise en œuvre et le suivi des actions d'amélioration dans ce

	Partiellement	domaine. L'identification des besoins des patients en fin de vie est réalisée au cours des staffs hebdomadaires de psycho-oncologie du service de médecine. Les dossiers des patients à inclure dans le dispositif sont passés en revue au cours de ces réunions et un « projet de soins individualisé » est complété à l'issue de ces concertations pluriprofessionnelles qui associent les médecins référents des patients, l'équipe soignante, la cadre du service et une infirmière de psycho-oncologie.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	En grande partie	Une procédure appelée « Recueil des directives anticipées » est en place depuis décembre 2013. Elle précise les précautions à respecter lors de la limitation ou l'arrêt des traitements, les modalités d'information du patient sur les directives anticipées, leur conservation mais pas leurs modalités de recueil. Un support de recueil est disponible dans les services de soins.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Les modalités d'information des patients sur les directives anticipées sont précisées dans la procédure de « recueil des directives anticipées ». Cette information est délivrée dans le livret d'accueil remis lors de l'admission et par voie d'affichage dans le hall d'accueil, les consultations externes et les services de soins.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Les professionnels définissent et mettent en oeuvre une démarche de soins personnalisée. Les différents éléments concernant cette démarche sont tracés dans le dossier du patient sur différents supports : observations médicales, transmissions soignantes, diagramme de soins, recueil de données. L'accompagnement et le soutien des proches sont assurés. Des réunions pluriprofessionnelles sont tenues, et permettent la réévaluation de la démarche de soins en fonction de l'évolution de la maladie. Un dispositif de formation et de soutien des professionnels est en place.

<p>Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Une grande partie du personnel soignant des services, les plus souvent confrontés à la prise en charge de patients en fin de vie, ont suivi une formation de courte durée sur la démarche palliative en 2012 et 2013. Au cours des trois dernières années sur l'ensemble de l'établissement, une formation à la démarche palliative a été dispensée à environ 60 % des professionnels concernés. Il n'y a pas de bilan annuel des actions menées en matière de démarche palliative permettant d'assurer le suivi des actions de formation.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>En service de médecine, un staff composé de médecins, de la cadre du service et des soignants se réunit de façon hebdomadaire. Au cours de cette réunion pluriprofessionnelle, les cas de patients susceptibles de bénéficier d'une prise en charge palliative sont discutés. La traçabilité de ces réunions est assurée. Cette organisation n'est pas mise en œuvre en chirurgie ni en soins continus.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Ponctuellement, à l'initiative de la cadre du service de médecine, une réunion est organisée pour permettre aux soignants de s'exprimer sur une prise en charge éprouvante. Une infirmière psychothérapeute du secteur de santé mentale est sollicitée pour animer le groupe de parole. Ces actions de soutien ne sont pas formalisées ni tracées. En 2010, un essai infructueux de mise en place d'un groupe BALINT a été réalisé, avec l'objectif de permettre aux soignants d'exprimer les composantes conscientes et inconscientes liées à leur pratiques professionnelles.</p>
<p>Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une information sur les directives anticipées et la loi Leonetti a été diffusée à tous les professionnels de l'établissement en octobre 2013 par le biais de la lettre DSP (douleur soins palliatifs). Elle a été suivie de la diffusion d'une procédure « Recueil des directives anticipées » en décembre 2013, accompagnée d'un affichage sur les directives anticipées en différents lieux de l'établissement.</p>

L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	En grande partie	Une convention a été signée avec l'association des bénévoles de soins palliatifs ASP12 qui interviennent à la demande des services, mais l'information au patient relative à la possibilité de rencontrer les bénévoles n'est pas formalisée. La demande du patient de rencontrer les bénévoles n'est pas non plus tracée dans son dossier.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	Partiellement	Un groupe « soins palliatifs » avec une composition pluriprofessionnelle est en place. Son fonctionnement n'est pas formalisé, et les modalités d'évaluation (périodicité, méthodes et référents) de la prise en charge des patients en fin de vie ne sont pas définies. Un bilan comportant des données d'activité quantitatives a été réalisé dans le cadre d'une demande de lits supplémentaires, mais aucune évaluation qualitative sur le dispositif de prise en charge palliative n'a été réalisée. Certaines questions, relatives à la fin de vie, sont abordées au sein de la CRU.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	En grande partie	Un groupe éthique est constitué pour aborder de manière globale les questions relatives à la limitation et l'arrêt des traitements, mais il n'intervient pas in situ pour traiter les situations rencontrées. Lorsque ces questions émergent au cours des prises en charge, ces questions sont discutées en réunion de staff avec les professionnels du service, et la décision de poursuite ou d'arrêt du traitement est tracée par le médecin dans le dossier du patient. Cette organisation n'est pas formalisée.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	Suite aux réflexions menées sur la démarche palliative, le formulaire de recueil des directives anticipées a été systématisé dans le dossier des patients, la procédure de recueil a été élaborée et des actions de sensibilisation des professionnels ont été réalisées. Cependant, le dispositif de prise en charge palliative n'a pas fait l'objet d'une évaluation.

**Référence 13: La fin de vie****Critère 13.a - Santé mentale  
Prise en charge et droits des patients en fin de vie****Cotation**

B

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

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

Oui

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

Oui

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

En grande partie

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

Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.

Oui

Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	En grande partie	
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Partiellement	
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	Oui	
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	En grande partie	

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

## Référence 13: La fin de vie

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



**Cotation**

**C**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

L'établissement dispose d'un lit identifié de soins palliatifs dans le secteur SSR.  
Une organisation, permettant de repérer les patients en fin de vie et de mettre en œuvre une prise en charge adaptée, est en place mais n'est pas formalisée. Les moyens et ressources ne sont pas identifiés. Les objectifs en matière de prise en charge des patients, atteints de maladies graves potentiellement incurables, ne sont pas définis, et les outils d'analyse de fonctionnement ne sont pas définis. Une grille de repérage des patients en fin de vie est en place.  
Les acteurs clés sont identifiés, mais leurs missions et responsabilités ne sont pas définies : un médecin référent soins palliatifs titulaire d'un DIU de soins palliatifs intervient en SSR. Une infirmière référente, formée en soins palliatifs, est identifiée et travaille dans le service de médecine accueillant les patients de soins palliatifs.  
En cas de besoin, le réseau local de soins palliatifs Palliance 12 est sollicité dans le cadre d'une convention. Un groupe de travail « Soins palliatifs » est constitué, et assure la mise en œuvre et le suivi des actions d'amélioration dans ce

	Partiellement	<p>domaine. L'identification des besoins des patients en fin de vie est réalisée au cours des staffs hebdomadaire de psycho-oncologie du service de médecine. Les dossiers des patients à inclure dans le dispositif sont passés en revue au cours de ces réunions. Un « projet de soins individualisé » est complété à l'issue de ces concertations pluriprofessionnelles associant les médecins référents des patients, l'équipe soignante, la cadre du service, une infirmière de psycho-oncologie.</p> <p>La prise en charge des patients en SSR est répartie sur deux sites distincts Saint-Côme et Sainte-Anne, avec des organisations et des modalités de mise en œuvre différentes. Le plus souvent, les patients en fin de vie seront pris en charge sur le site Sainte-Anne plus récent, permettant de répondre de manière plus adaptée aux besoins des patients en fin de vie, notamment en favorisant la présence de l'entourage grâce aux chambres particulières et lits accompagnants dans un environnement confortable.</p>
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	En grande partie	Une procédure appelée « Recueil des directives anticipées » est en place depuis décembre 2013. Elle précise les précautions à respecter lors de la limitation ou l'arrêt des traitements, les modalités d'information du patient sur les directives anticipées, la conservation mais pas les modalités de recueil. Un support de recueil format papier est disponible dans les services de soins.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Les modalités d'information des patients sur les directives anticipées sont précisées dans la procédure de « Recueil des directives anticipées ». Cette information est délivrée dans le livret d'accueil remis lors de l'admission et par voie d'affichage dans le hall d'accueil et les services de soins. En fonction des situations, le médecin référent soins palliatifs, présent sur ce site, peut être amené à rencontrer le patient pour discuter, avec lui ou l'entourage, de l'arrêt ou de la limitation des traitements.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un projet individualisé de soins élaboré par le service du site de Sainte-Anne est complété au cours des staffs pluriprofessionnels hebdomadaires. Le support de projet de soins individualisé est également en place sur Saint-Côme.</p> <p>Il comporte l'évaluation des besoins et les propositions de soins de support pour le patient et l'entourage. La présence sur ce site du médecin référent, détenteur d'un DIU de soins palliatifs, contribue à l'amélioration de la prise en charge palliative.</p> <p>L'assistant social est sollicité si nécessaire, et participe aux réunions pluriprofessionnelles.</p> <p>L'établissement dispose par ailleurs d'un effectif de huit psychologues.</p>
<p>Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des formations sur la prise en charge de la douleur en soins palliatifs ont été réalisées, et une grande partie du personnel soignant suit chaque année une formation de courte durée sur la démarche palliative. Il n'y a pas de bilan annuel des actions menées en matière de démarche palliative permettant d'assurer le suivi des actions de formation.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Sur le service de Sainte-Anne, un staff pluriprofessionnel se réunit régulièrement, et permet notamment d'actualiser les projets de soins palliatifs des patients concernés. L'assistant social participe à ces réunions. La traçabilité de ces réunions est assurée. Cette organisation n'est pas formalisée dans le cadre du projet de service.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les actions mises en œuvre pour le soutien des soignants sont globalisées au sein de l'établissement et déclinées de la même manière pour le MCO, SSR et USLD. Ponctuellement, à l'initiative de la cadre du SSR, une réunion est organisée pour permettre aux soignants de s'exprimer sur une prise en charge éprouvante. Une infirmière psychothérapeute du secteur de santé mentale est sollicitée pour animer le groupe de parole. Ces actions de soutien ne sont pas formalisées ni tracées. En 2010, un essai infructueux de mise en place d'un groupe BALINT a été réalisée, avec l'objectif de permettre aux soignants d'exprimer les</p>

	En grande partie	composantes conscientes et inconscientes liées à leur pratiques professionnelles. Il n'y a pas de bilan annuel des actions menées en matière de démarche palliative permettant d'assurer le suivi des actions de formation.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Une information sur les directives anticipées et la loi Leonetti a été diffusée à tous les professionnels de l'établissement en octobre 2013, par le biais de la lettre DSP (douleur soins palliatifs). Elle a été suivie de la diffusion d'une procédure « Recueil des directives anticipées » en décembre 2013, accompagnée d'un affichage sur les directives anticipées en différents lieux de l'établissement.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	En grande partie	Une convention a été signée avec l'association des bénévoles de soins palliatifs ASP12 qui interviennent à la demande des services, mais l'information au patient relative à la possibilité de rencontrer les bénévoles n'est pas formalisée. La demande du patient de rencontrer les bénévoles n'est pas non plus tracée dans son dossier.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	Partiellement	Un groupe « soins palliatifs » avec une composition pluriprofessionnelle est en place. Son fonctionnement n'est pas formalisé, et les modalités d'évaluation (périodicité, méthodes et référents) de la prise en charge des patients en fin de vie ne sont pas définies. Les différents secteurs de prise en charge MCO, SSR et USLD y sont représentés. Un bilan, comportant des données d'activité quantitatives, a été réalisé dans le cadre d'une demande de lits supplémentaires, mais aucune évaluation qualitative sur le dispositif de prise en charge palliative n'a été réalisée. Certaines questions, relatives à la fin de vie, sont abordées au sein de la CRU.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	En grande partie	Un groupe éthique est constitué pour aborder de manière globale les questions relatives à la limitation et l'arrêt des traitements, mais il n'intervient pas in situ pour traiter les situations rencontrées. Lorsque ces questions émergent au cours des prises en charge, ces questions sont discutées en réunion de staff avec les professionnels du service et la

	En grande partie	décision de poursuite ou d'arrêt du traitement est tracée par le médecin dans le dossier du patient. Cette organisation n'est pas formalisée.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	Suite aux réflexions menées sur la démarche palliative, le formulaire de recueil des directives anticipées a été systématisé dans le dossier des patients, la procédure de recueil a été élaborée et des actions de sensibilisation des professionnels ont été réalisées. Le dispositif de prise en charge palliative n'a pas fait l'objet d'une évaluation.

## Référence 13: La fin de vie

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



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

Une organisation, permettant de repérer les patients en fin de vie et de mettre en œuvre une prise en charge adaptée, est en place mais n'est pas formalisée. Les moyens et ressources ne sont pas identifiés. Les objectifs en matière de prise en charge des patients, atteints de maladies graves potentiellement incurables, ne sont pas définis, et les outils d'analyse de fonctionnement ne sont pas définis. Une grille de repérage des patients en fin de vie est en place. Les acteurs clés sont identifiés, mais leurs missions et responsabilités ne sont pas définies : l'un des médecins gériatres du service est le médecin référent titulaire d'un DIU de soins palliatifs. Une infirmière référente, formée en soins palliatifs, est identifiée et travaille dans le service de médecine accueillant les patients de soins palliatifs.

En cas de besoin, le réseau local de soins palliatifs Palliance 12 est sollicité dans le cadre d'une convention. Un groupe de travail « Soins palliatifs » est constitué, et assure la mise en œuvre et le suivi des actions d'amélioration dans ce domaine. L'identification des besoins des patients en fin de vie est réalisée au cours des staffs hebdomadaire de

	Partiellement	psycho-oncologie du service de médecine. Les dossiers des patients à inclure dans le dispositif sont passés en revue au cours de ces réunions. Un « projet de soins individualisé » est complété à l'issue de ces concertations pluriprofessionnelles associant les médecins référents des patients, l'équipe soignante et la cadre du service.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	En grande partie	Une procédure appelée « Recueil des directives anticipées » est en place depuis décembre 2013. Elle précise les précautions à respecter lors de la limitation ou l'arrêt des traitements, les modalités d'information du patient sur les directives anticipées, la conservation mais pas les modalités de recueil. Un support de recueil format papier est disponible dans les services de soins.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Les modalités d'information des patients sur les directives anticipées sont précisées dans la procédure de « Recueil des directives anticipées ». Cette information est délivrée dans le livret d'accueil remis lors de l'admission et par voie d'affichage dans le hall d'accueil, les consultations externes et les services de soins.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Les professionnels définissent et mettent en oeuvre une démarche de soins personnalisée. Les différents éléments concernant cette démarche sont tracés dans le dossier du patient sur différents supports : observations médicales, transmissions soignantes, diagramme de soins, recueil de données. L'accompagnement et le soutien des proches sont assurés. Des réunions pluriprofessionnelles sont tenues, et permettent la réévaluation de la démarche de soins en fonction de l'évolution de la maladie. Un dispositif de formation et de soutien des professionnels est en place.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	La formation sur les soins palliatifs est inscrite chaque année au plan de formation. Les soignants du secteur USLD y participent. Des formations sur la prise en charge de la douleur en soins palliatifs ont été réalisées.

<p>Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Un staff pluriprofessionnel se réunit régulièrement, et permet notamment d'actualiser les projets de soins palliatifs des patients concernés. La traçabilité de ces réunions est assurée. Cette organisation n'est pas formalisée dans le cadre du projet de service.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les actions mises en œuvre pour le soutien des soignants sont globalisées au sein de l'établissement, et sont déclinées de la même manière pour le MCO, SSR et USLD. Ponctuellement, à l'initiative de la cadre, une réunion est organisée pour permettre aux soignants de s'exprimer sur une prise en charge éprouvante. Une infirmière psychothérapeute du secteur de santé mentale est sollicitée pour animer le groupe de parole. Ces actions de soutien ne sont pas formalisées ni tracées. En 2010, un essai infructueux de mise en place d'un groupe BALINT a été réalisé, avec l'objectif de permettre aux soignants d'exprimer les composantes conscientes et inconscientes liées à leur pratiques professionnelles. Il n'y a pas de bilan annuel des actions menées en matière de démarche palliative permettant d'assurer le suivi des actions de formation.</p>
<p>Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une information sur les directives anticipées et la loi Leonetti a été diffusée à tous les professionnels en octobre 2013, par le biais de la lettre DSP (douleur soins palliatifs). Elle a été suivie de la diffusion d'une procédure « Recueil des directives anticipées » en décembre 2013, accompagnée d'un affichage sur les directives anticipées en différents lieux du secteur USLD.</p>
<p>L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Une convention a été signée avec l'association des bénévoles de soins palliatifs ASP12 qui interviennent à la demande des services, mais l'information au patient relative à la possibilité de rencontrer les bénévoles n'est pas formalisée. La demande du patient de rencontrer les bénévoles n'est pas non plus tracée dans son dossier. Certaines de ces formations sont assurées par le médecin gériatre référent en soins palliatifs.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	Partiellement	Un groupe « soins palliatifs » avec une composition pluriprofessionnelle est en place. Son fonctionnement n'est pas formalisé, et les modalités d'évaluation (périodicité, méthodes et référents) de la prise en charge des patients en fin de vie ne sont pas définies. Un bilan, comportant des données d'activité quantitatives, a été réalisé dans le cadre d'une demande de lits supplémentaires, mais aucune évaluation qualitative sur le dispositif de prise en charge palliative n'a été réalisée. Certaines questions, relatives à la fin de vie, sont abordées au sein de la CRU.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	En grande partie	Un groupe éthique est constitué pour aborder de manière globale les questions relatives à la limitation et l'arrêt des traitements, mais il n'intervient pas in situ pour traiter les situations rencontrées. Lorsque ces questions émergent au cours des prises en charge, elles sont discutées au moment des transmissions, et la décision de poursuite ou d'arrêt du traitement est tracée par le médecin dans le dossier du patient. La présence sur site des médecins gériatres, dont le référent soins palliatifs, facilite le déclenchement de cette réflexion sans délai. Cette organisation n'est pas formalisée.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	Suite aux réflexions menées sur la démarche palliative, au décours de l'auto-évaluation, dans le cadre du groupe soins palliatifs, le formulaire de recueil des directives anticipées a été systématisé dans le dossier des patients, la procédure de recueil a été élaborée et des actions de sensibilisation des professionnels ont été réalisées. Le dispositif de prise en charge palliative n'a pas fait l'objet d'une évaluation.

## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

L'établissement a formalisé une politique du dossier patient unique validée par le Directoire et la CME en mars 2013 et présentée à la CSIRMT. Cette politique est complétée par plusieurs procédures : « Tenue du dossier médical », « Classement des pièces médicales », « Circuit du dossier patient », « Archivage du dossier patient » et d'un guide d'utilisation du dossier de soins définissant les règles pour tous les aspects relatifs à sa tenue. Ces documents sont accessibles par les professionnels.

Un groupe de travail appelé « Veille dossier patient », représentatif de tous les secteurs d'activités, est opérationnel depuis plusieurs années. Ses missions sont définies et validées par la CME. Il est notamment chargé d'impulser, d'informer et de suivre la bonne gestion des dossiers patient. Il assure également le lien avec le groupe chargé de piloter la mise en place sur l'ensemble des services du dossier patient informatisé.

Pour ce qui concerne l'informatisation, un logiciel est en cours de déploiement et les modules installés concernent les courriers et comptes-rendus d'hospitalisation, la

	Oui	<p>prescription médicale, la traçabilité de l'administration des traitements, la feuille de surveillance clinique infirmière et la traçabilité de la douleur. Un groupe pluriprofessionnel (informaticiens, secrétaire médicale, infirmière, médecin) assure le paramétrage, le déploiement et la maintenance du dossier patient informatisé.</p> <p>Les professionnels ont été formés à l'utilisation du logiciel dossier patient ; des guides utilisateurs sont à leur disposition dans les services. Le plan de soins personnalisé fait l'objet d'un document spécifique mis en place.</p>
<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.</p>	Oui	<p>Les règles d'accès au dossier du patient pendant l'hospitalisation sont définies dans les protocoles : « Circuit du dossier patient », « Demande de dossier et accès aux archives médicales » et dans le guide d'utilisation. Les documents sont accessibles par les professionnels dans des classeurs qualité et sur le réseau intranet. Le groupe « Veille dossier patient » informe et rappelle ces dispositions aux professionnels lors de réunions de service ou de restitution des résultats des évaluations menées. L'attribution à chaque professionnel concerné, du code d'accès au dossier patient informatisé, est formalisée. Un logiciel interne appelé « archives » est mis à la disposition des professionnels sur le site intranet de l'établissement pour faciliter la recherche et la localisation des dossiers.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</p>	En grande partie	<p>Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 64 % avec un intervalle de confiance à 95 % [60 %-68 %] pour la campagne 2012. L'établissement a défini et mis en œuvre un plan d'actions associé à l'indicateur.</p>
<p>La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.</p>	En grande partie	<p>Au cours de la prise en charge du patient, son dossier est accessible et disponible pour chaque professionnel dans la salle de soins dans des chariots dédiés. Les professionnels ont également des accès autorisés selon leurs compétences au dossier patient informatisé. Lors de la mutation interne d'un patient d'un service à l'autre, les modalités de</p>

	En grande partie	<p>transmissions du patient sont décrites dans un protocole « Organisation du transfert du dossier patient entre les différents sites de l'établissement ».</p> <p>Lors du transfert d'un patient vers un autre établissement de santé, des documents sont édités afin d'assurer la continuité des soins (compte-rendu d'hospitalisation, fiche de liaison, résultats d'examens). À la sortie du patient, un compte-rendu d'hospitalisation est adressé au médecin traitant. Cette organisation est décrite dans les protocoles « Organisation de la prise en charge médicale des patient » et « Tenue du dossier médical », mais ceux-ci ne précisent pas les délais de transmission et la notion de temps utile.</p> <p>À noter que l'établissement n'a pas recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation avec le groupe « Veille dossier patient » qui mène des évaluations régulières sur la conformité du dossier de soins. La dernière de ces évaluations a été conduite en avril 2013. À noter que l'établissement n'a pas recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations de la gestion du dossier patient. Ces actions portent sur le déploiement du dossier informatisé, notamment l'intégration des comptes-rendus de consultation, d'hospitalisation ou opératoires et des traitements de sorties. Elles sont inscrites dans le plan d'actions qualité, et sont coordonnées par le groupe de pilotage du dossier informatisé, et suivies par le service qualité.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

L'établissement a formalisé une politique du dossier patient unique validée par le Directoire et la CME en mars 2013 et présentée à la CSIRMT.  
Cette politique est complétée par plusieurs procédures : « Tenue du dossier médical », « Classement des pièces médicales », « circuit du dossier patient », « archivage du dossier patient » et d'un guide d'utilisation du dossier de soins définissant les règles pour tous les aspects relatifs à sa tenue. Ces documents sont accessibles par les professionnels.  
Un groupe de travail, appelé « Veille dossier patient » représentatif de tous les secteurs d'activités, est opérationnel depuis plusieurs années. Ses missions sont définies et validées par la CME. Il est notamment chargé d'impulser, d'informer et de suivre la bonne gestion des dossiers patient. Il assure également le lien avec le groupe chargé de piloter la mise en place sur l'ensemble des services du dossier patient informatisé.  
Pour ce qui concerne l'informatisation, un logiciel est en cours de déploiement et les modules installés concernent les

	Oui	<p>courriers et comptes-rendus d'hospitalisation, la prescription médicale, la traçabilité de l'administration des traitements, la feuille de surveillance clinique infirmière et la traçabilité de la douleur. Un groupe pluriprofessionnel (informaticiens, secrétaire médicale, infirmière, médecin) assure le paramétrage, le déploiement et la maintenance du dossier patient informatisé.</p> <p>Les professionnels ont été formés à l'utilisation du logiciel dossier patient ; des guides utilisateurs sont à leur disposition dans les services. Le plan de soins personnalisé fait l'objet d'un document spécifique mis en place.</p>
<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.</p>	En grande partie	<p>Des règles d'accès au dossier du patient pendant l'hospitalisation sont définies dans le protocole : « Demande de dossier et accès aux archives médicales » ou encore dans le guide d'utilisation du dossier patient adapté à la psychiatrie et récemment finalisé. Une procédure de gestion du dossier patient est en cours de validation. Les documents sont accessibles aux professionnels dans des classeurs qualité et sur le réseau intranet. Le groupe « Veille dossier patient » informe et rappelle ces dispositions aux professionnels, lors de réunions de service ou de restitution des résultats d'évaluations menées. L'attribution à chaque professionnel concerné du code d'accès au dossier patient informatisé est formalisée. Un logiciel interne appelé « archives » est mis à la disposition des professionnels sur le site intranet de l'établissement pour faciliter la recherche et la localisation des dossiers.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</p>	En grande partie	<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés dans le dossier du patient.</p> <p>Un protocole « Organisation de la prise en charge médicale » élaboré au cours de l'année 2013 précise l'organisation des soins et la traçabilité des informations dans le dossier du patient. Par ailleurs, le guide du dossier de soins adapté à la psychiatrie précise les documents devant être complétés par l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en</p>

	En grande partie	charge. Cependant, la notion de temps utile n'est pas définie dans ces divers documents.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Partiellement	<p>Les modalités de communication du dossier entre professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes ne sont pas formalisées. La notion de temps utile n'est pas définie. Lors de mutation d'un patient adulte vers l'hôpital de jour, un résumé de son projet individualisé est complété par le médecin référent et adressé à l'équipe d'accueil. Le dossier initial est conservé sur le lieu de Consultation Médico-Psychologique. Un nouveau dossier est constitué pour l'hospitalisation de jour. L'informatisation du dossier n'étant pas encore effective, la communication du dossier entre professionnels des différents lieux de prise en charge n'est pas facilitée.</p> <p>Lors du transfert d'un patient vers un autre établissement de santé, des documents sont transmis afin d'assurer la continuité des soins (compte-rendu d'hospitalisation, fiche de liaison, résultats d'examens.) À la sortie du patient, un compte-rendu d'hospitalisation est adressé au médecin traitant.</p> <p>À noter que l'établissement n'a pas recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	En grande partie	Le groupe « Veille dossier patient » a mené une évaluation sur la base du recueil des indicateurs IPAQSS « Tenue du dossier patient » en 2011 et 2012, sur le service de la psychiatrie adulte. Une évaluation de la tenue des dossiers de l'hôpital de jour de pédopsychiatrie a également été réalisée en juin 2012, au regard des recommandations de bonnes pratiques de « Tenue du dossier en psychiatrie ambulatoire ». Par ailleurs, plusieurs évaluations de la conformité du dossier de soins ont été menées. La dernière évaluation a été conduite en avril 2013. Le dispositif d'évaluation est structuré, la périodicité des évaluations est

	En grande partie	annuelle. À noter que l'établissement n'a pas recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations de la gestion du dossier patient. Ces actions portent sur le déploiement du dossier informatisé, notamment l'intégration des comptes-rendus d'hospitalisation et des traitements de sorties. Elles sont inscrites dans le plan d'actions qualité global, et sont coordonnées par le groupe de pilotage du dossier informatisé et suivies par le service qualité.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

L'établissement a formalisé une politique du dossier patient unique validée par le Directoire et la CME en mars 2013 et présentée à la CSIRMT. Cette politique est complétée par plusieurs procédures : « Tenue du dossier médical », « Classement des pièces médicales », « Circuit du dossier patient », « Archivage du dossier patient » et d'un guide d'utilisation du dossier de soins définissant les règles pour tous les aspects relatifs à sa tenue. Ces documents sont accessibles par les professionnels.

Un groupe de travail appelé « Veille dossier patient » représentatif de tous les secteurs d'activités est opérationnel depuis plusieurs années. Ses missions sont définies et validées par la CME. Il est notamment chargé d'impulser, d'informer et de suivre la bonne gestion des dossiers patient. Il assure également le lien avec le groupe chargé de piloter la mise en place sur l'ensemble des services du dossier patient informatisé.

Pour ce qui concerne l'informatisation, un logiciel est en cours de déploiement, et les modules installés concernent les courriers et comptes-rendus d'hospitalisation, la

	Oui	<p>prescription médicale, la traçabilité de l'administration des traitements, la feuille de surveillance clinique infirmière et la traçabilité de la douleur. Un groupe pluriprofessionnel (informaticiens, secrétaire médicale, infirmière, médecin) assure le paramétrage, le déploiement et la maintenance du dossier patient informatisé.</p> <p>Les professionnels ont été formés à l'utilisation du logiciel dossier patient ; des guides utilisateurs sont à leur disposition dans les services. Le plan de soins personnalisé fait l'objet d'un document spécifique mis en place.</p>
<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.</p>	Oui	<p>Les règles d'accès au dossier du patient pendant l'hospitalisation sont définies dans les protocoles : « Circuit du dossier patient », « Demande de dossier et accès aux archives médicales » et dans le guide d'utilisation. Les documents sont accessibles aux professionnels dans des classeurs qualité et sur le réseau intranet. Le groupe « Veille dossier patient » informe et rappelle ces dispositions aux professionnels, lors de réunions de service ou de restitution des résultats d'évaluations menées. L'attribution à chaque professionnel concerné, du code d'accès au dossier patient informatisé, est formalisée. Un logiciel interne appelé « archives » est mis à la disposition des professionnels sur le site intranet de l'établissement pour faciliter la recherche et la localisation des dossiers.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</p>	Oui	<p>Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 89 % avec un intervalle de confiance à 95 % [87 %-91 %] pour la campagne 2011.</p>
<p>La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.</p>	En grande partie	<p>Au cours de la prise en charge du patient, son dossier est accessible et disponible pour chaque professionnel dans la salle de soins dans des chariots dédiés. Les professionnels ont également des accès autorisés selon leurs compétences au dossier patient informatisé. Lors de la mutation interne d'un patient d'un service à l'autre, les modalités de</p>

	En grande partie	<p>transmissions du patient sont décrites dans un protocole « Organisation du transfert du dossier patient entre les différents sites de l'établissement ».</p> <p>Lors du transfert d'un patient vers un autre établissement de santé, des documents sont édités afin d'assurer la continuité des soins (compte-rendu d'hospitalisation, fiche de liaison, résultats d'examens). À la sortie du patient, un compte-rendu d'hospitalisation est adressé au médecin traitant. Cette organisation est décrite dans les protocoles « Organisation de la prise en charge médicale des patient » et « Tenue du dossier médical », mais ceux-ci ne précisent pas les délais de transmission et la notion de temps utile.</p> <p>À noter que l'établissement n'a pas recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». De plus, le groupe « Veille dossier patient » mène des évaluations régulières sur la conformité du dossier de soins. La dernière de ces évaluations a été conduite en avril 2013. À noter que l'établissement n'a pas recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées, en cohérence avec les résultats des évaluations de la gestion du dossier patient. Ces actions portent sur le déploiement du dossier informatisé, notamment l'intégration des comptes-rendus de consultation, d'hospitalisation ou opératoires et des traitements de sorties. Elles sont inscrites dans le plan d'actions qualité, et sont coordonnées par le groupe de pilotage du dossier informatisé et suivies par le service qualité.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

L'établissement a formalisé une politique du dossier patient unique validée par le Directoire et la CME en mars 2013 et présentée à la CSIRMT.

Cette politique est complétée par plusieurs procédures : « Tenue du dossier médical », « Classement des pièces médicales », « Circuit du dossier patient », « Archivage du dossier patient » et d'un guide d'utilisation du dossier de soins définissant les règles pour tous les aspects relatifs à sa tenue. Ces documents sont accessibles par les professionnels.

Un groupe de travail appelé « Veille dossier patient » représentatif de tous les secteurs d'activités de l'établissement est opérationnel depuis plusieurs années. Ses missions sont définies et validées par la CME. Il est notamment chargé d'impulser, d'informer et de suivre la bonne gestion du dossier du patient. Il assure également le lien avec le groupe chargé de piloter la mise en place sur l'ensemble des services, du dossier patient informatisé.

Pour ce qui concerne l'informatisation, un logiciel est en cours de déploiement et les modules installés concernent les

	Oui	<p>courriers et comptes-rendus d'hospitalisation, la prescription médicale, la traçabilité de l'administration des traitements, la feuille de surveillance clinique infirmière et la traçabilité de la douleur. Un groupe pluriprofessionnel (informaticiens, secrétaire médicale, infirmière, médecin) assure le paramétrage, le déploiement et la maintenance du dossier patient informatisé.</p> <p>Les professionnels ont été formés à l'utilisation du logiciel dossier patient ; des guides utilisateurs sont à leur disposition dans les services.</p>
<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.</p>	Oui	<p>Les règles d'accès au dossier du patient pendant l'hospitalisation sont définies dans les protocoles : « Circuit du dossier patient », « Demande de dossier et accès aux archives médicales » et dans le guide d'utilisation. Les documents sont accessibles par les professionnels dans des classeurs qualité et sur le réseau intranet. Le groupe « Veille dossier patient » informe et rappelle ces dispositions aux professionnels lors de réunions de service ou de restitution des résultats des évaluations menées. L'attribution à chaque professionnel concerné, du code d'accès au dossier patient informatisé est formalisée. Un logiciel interne appelé « archives » est mis à la disposition des professionnels sur le site intranet de l'établissement pour faciliter la recherche et la localisation des dossiers.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</p>	En grande partie	<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés dans le dossier du patient.</p> <p>Un protocole « Organisation de la prise en charge médicale », élaboré au cours de l'année 2013, précise l'organisation des soins et la traçabilité des informations dans le dossier du patient. Par ailleurs, le protocole « Tenue du dossier médical » et le guide du dossier de soins précisent les documents devant être complétés, pour l'ensemble de professionnels intervenant dans la prise en charge. Cependant, la notion de temps utile n'est pas définie dans ces divers documents.</p>

<p>La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Au cours de la prise en charge du patient, son dossier est accessible et disponible pour chaque professionnel dans la salle de soins dans des chariots dédiés. Les professionnels ont également des accès autorisés selon leurs compétences au dossier patient informatisé. Lors de la mutation interne d'un patient d'un service à l'autre, les modalités de transmissions du patient sont décrites dans un protocole « Organisation du transfert du dossier patient entre les différents sites de l'établissement ». Lors du transfert d'un patient vers un autre établissement de santé, des documents sont édités afin d'assurer la continuité des soins (compte-rendu d'hospitalisation, fiche de liaison, résultats d'examens). À la sortie du patient, un compte-rendu d'hospitalisation est adressé au médecin traitant. Cette organisation est décrite dans les protocoles « Organisation de la prise en charge médicale des patient » et « Tenue du dossier médical », mais ceux-ci ne précisent pas les délais de transmission et la notion de temps utile. À noter que l'établissement n'a pas recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le groupe « Veille dossier patient » mène des évaluations régulières sur la conformité du dossier de soins. Dix dossiers par service sont audités. La dernière évaluation a été conduite en avril 2013. Le dispositif d'évaluation est structuré, la périodicité des évaluations est annuelle. À noter que l'établissement n'a pas recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.</p>
<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont identifiées, en cohérence avec les résultats des évaluations de la gestion du dossier patient. Ces actions portent sur le déploiement du dossier informatisé, notamment l'intégration des comptes-rendus de consultation, d'hospitalisation ou opératoires et des traitements de sorties. Elles sont inscrites dans le plan d'actions qualité, et sont coordonnées par le groupe de pilotage du dossier informatisé et suivies par le service</p>

Oui	qualité.
-----	----------

## Référence 14: Le dossier du patient

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

Les modalités d'accès du patient ou de ses ayants droit au contenu du dossier sont décrites dans une procédure « Accès au dossier patient pour les patients et les ayants droit ». Le document est mis à la disposition des professionnels dans un classeur qualité situé dans les salles de soins des unités et sur le site intranet de l'établissement. Une fiche de demande est intégrée au livret d'accueil remis au patient. Les modalités spécifiques à l'accès au dossier des patients mineurs, des patients hospitalisés en psychiatrie et des patients décédés sont intégrées.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

L'information du patient sur ses droits d'accès à son dossier, ainsi que les modalités à suivre pour en formuler la demande, font l'objet d'une fiche spécifique insérée dans le livret d'accueil remis à l'admission et également mis à disposition sur le site internet de l'établissement.  
 Par ailleurs, la Charte de la personne hospitalisée est affichée dans chaque service.  
 Le dispositif d'information est déployé dans l'ensemble des

	Oui	secteurs d'activité concernés.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Le suivi des délais de transmission des dossiers est réalisé depuis juin 2013 par le secrétariat des archives. Les délais définis par la réglementation sont très généralement respectés. La secrétaire des archives est désignée pour centraliser les demandes d'accès, photocopier les pièces du dossier et transmettre les éléments aux patients ou ayant droit. Ces modalités sont réalisées sous la responsabilité du médecin du DIM en lien avec le médecin référent du patient.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	Les causes des retards de transmission des dossiers sont recherchées, et des actions de sensibilisation au respect des délais sont menées par le médecin DIM auprès des médecins concernés, le cas échéant. Les actions d'amélioration menées ne sont pas formellement inscrites dans le programme d'amélioration de la CRU.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Partiellement	Un bilan du nombre de demandes d'accès au dossier par le patient ou ses ayants droit est transmis à chaque réunion de la CRU. Il est également intégré au rapport annuel d'activités de la CRU, mais n'inclut pas les délais de transmission et le suivi des actions d'amélioration.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

Les modalités d'accès du patient ou de ses ayants droit au contenu du dossier sont décrites dans une procédure « Accès au dossier patient pour les patients et les ayants droit ». Le document est mis à la disposition des professionnels dans un classeur qualité situé dans les salles de soins des unités et sur le site intranet de l'établissement. Une fiche de demande est intégrée au livret d'accueil remis au patient. Les modalités spécifiques à l'accès au dossier des patients mineurs, des patients hospitalisés en psychiatrie et des patients décédés sont intégrées.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

L'information du patient sur ses droits d'accès à son dossier ainsi que les modalités à suivre pour en formuler la demande font l'objet d'une fiche spécifique insérée dans le livret d'accueil remis à l'admission et également mis à disposition sur le site internet de l'établissement.  
 Par ailleurs, la Charte de la personne hospitalisée est affichée dans chaque service.  
 Le dispositif d'information est déployé dans l'ensemble des

	Oui	secteurs d'activité concernés.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Le suivi des délais de transmission des dossiers est réalisé depuis juin 2013 par le secrétariat des archives. Les délais définis par la réglementation sont très généralement respectés. Une secrétaire des archives est désignée pour centraliser les demandes d'accès, photocopier les pièces du dossier et transmettre les éléments aux patients ou ayant droit. Ces modalités sont réalisées sous la responsabilité du médecin du DIM en lien avec le médecin référent du patient.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	Les causes des retards de transmission des dossiers sont recherchées, et des actions de sensibilisation au respect des délais sont menées par le médecin DIM auprès des médecins concernés, le cas échéant. Les actions d'amélioration menées ne sont pas formellement inscrites dans le programme d'amélioration de la CRU.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Partiellement	Un bilan du nombre de demandes d'accès au dossier par le patient ou ses ayants droit est transmis à chaque réunion de la CRU. Il est également intégré au rapport annuel d'activités de la CRU, mais n'inclut pas les délais de transmission et le suivi des actions d'amélioration.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

Les modalités d'accès du patient ou de ses ayants droit au contenu du dossier sont décrites dans une procédure « Accès au dossier patient pour les patients et les ayants droit ». Le document est mis à la disposition des professionnels dans un classeur qualité situé dans les salles de soins des unités et sur le site intranet de l'établissement. Une fiche de demande est intégrée au livret d'accueil remis au patient. Les modalités spécifiques à l'accès au dossier des patients décédés sont intégrées.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

L'information du patient sur ses droits d'accès à son dossier ainsi que les modalités à suivre pour en formuler la demande font l'objet d'une fiche spécifique insérée dans le livret d'accueil remis à l'admission, et également mis à disposition sur le site internet de l'établissement.  
 Par ailleurs, la Charte de la personne hospitalisée est affichée dans chaque service. Le dispositif d'information est déployé dans l'ensemble des secteurs d'activité concernés.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Le suivi des délais de transmission des dossiers est réalisé depuis juin 2013 par le secrétariat des archives. Les délais définis par la réglementation sont très généralement respectés. Une secrétaire des archives est désignée pour centraliser les demandes d'accès, photocopier les pièces du dossier et transmettre les éléments aux patients ou ayant droit. Ces modalités sont réalisées sous la responsabilité du médecin du DIM en lien avec le médecin référent du patient.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	Les causes des retards de transmission des dossiers sont recherchées, et des actions de sensibilisation au respect des délais sont menées par le médecin DIM auprès des médecins concernés, le cas échéant. Les actions d'amélioration menées ne sont pas formellement inscrites dans le programme d'amélioration de la CRU.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Partiellement	Un bilan du nombre de demandes d'accès au dossier par le patient ou ses ayants droit est transmis à chaque réunion de la CRU. Il est également intégré au rapport annuel d'activités de la CRU, mais n'inclut pas les délais de transmission et le suivi des actions d'amélioration.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

Les modalités d'accès du patient ou de ses ayants droit au contenu du dossier sont décrites dans une procédure « Accès au dossier patient pour les patients et les ayants droit ». Le document est mis à la disposition des professionnels dans un classeur qualité situé dans les salles de soins des unités et sur le site intranet de l'établissement. Une fiche de demande est intégrée au livret d'accueil remis au patient. Les modalités spécifiques à l'accès au dossier des patients décédés sont intégrées.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

L'information du patient sur ses droits d'accès à son dossier ainsi que les modalités à suivre pour en formuler la demande font l'objet d'une fiche spécifique insérée dans le livret d'accueil remis à l'admission, et également mis à disposition sur le site internet de l'établissement.  
Par ailleurs, la Charte de la personne hospitalisée est affichée dans chaque service. Le dispositif d'information est déployé dans l'ensemble des secteurs d'activité concernés.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Le suivi des délais de transmission des dossiers est réalisé depuis juin 2013 par le secrétariat des archives. Les délais définis par la réglementation sont très généralement respectés. Une secrétaire des archives est désignée pour centraliser les demandes d'accès, photocopier les pièces du dossier et transmettre les éléments aux patients ou ayant droit. Ces modalités sont réalisées sous la responsabilité du médecin du DIM en lien avec le médecin référent du patient.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	Les causes des retards de transmission des dossiers sont recherchées, et des actions de sensibilisation au respect des délais sont menées par le médecin DIM auprès des médecins concernés, le cas échéant. Les actions d'amélioration menées ne sont pas formellement inscrites dans le programme d'amélioration de la CRU.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Partiellement	Un bilan du nombre de demandes d'accès au dossier par le patient ou ses ayants droit est transmis à chaque réunion de la CRU. Il est également intégré au rapport annuel d'activités de la CRU, mais n'inclut pas les délais de transmission et le suivi des actions d'amélioration.

## Référence 15: l'identification du patient

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

L'organisation permettant de garantir la fiabilité de l'identification du patient est décrite dans plusieurs documents : « Procédure d'admission », « Procédure d'identification du patient lors de la prise en charge en soins » et une « Charte d'identification du patient » affichée dans les services. Ils décrivent les objectifs propres aux services administratifs et aux secteurs cliniques et les points critiques. La gestion des situations particulières (identification provisoire, enregistrement au secret, accouchement sous X, etc.) est prise en compte. Une Cellule d'identitovigilance, en place depuis 2009, a été réactivée en 2012. Elle est composée de la responsable du service des admissions et de professionnels soignants de chaque secteur d'activité. Un identitovigilant est désigné pour la prise en charge administrative et un autre pour la prise en charge soignante. Ces professionnels ne disposent pas de fiches de missions, et les outils d'analyse de fonctionnement ne sont pas définis. L'investigation a marqué une divergence au regard de la valeur des indicateurs « Hôpital numérique » associés au moment de la visite.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Plus de deux cents professionnels médicaux, soignants et administratifs de l'ensemble des services de l'établissement, ont bénéficié d'une action de sensibilisation à l'identitovigilance organisée en interne d'octobre 2013 à février 2014 (diffusion d'un film, présentation des procédures, présentation et remise de la Charte). Cette sensibilisation tient compte de l'identification des besoins et des objectifs et cibles. Il existe un programme et des supports de formation.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Une procédure de vérification de l'identité a été établie en 2013 au sein de la Cellule d'identitovigilance avec les personnes concernées. Elle est disponible au poste de travail des personnels ainsi que sur le réseau intranet et mise en œuvre.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	La procédure « Identification du patient lors de la prise en charge en soins » comporte des fiches réflexes décrivant les modalités de vérification de l'identité du patient au cours de plusieurs situations cliniques : transfert ou mutation d'un patient, analyses de biologie médicales, actes à risques (transfusion sanguine, chimiothérapie) au bloc opératoire, etc. Elle est adaptée à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques. Le document est disponible dans un classeur qualité des salles de soins et sur le réseau intranet de l'établissement. La vérification est tracée essentiellement pour les actes à risques (check-list du bloc opératoire, réalisation de chimiothérapie et de transfusion sanguine).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Partiellement	L'évaluation est réalisée principalement à travers le suivi régulier au sein de la Cellule d'identitovigilance, des doublons d'identité par service, complétée le cas échéant par le recueil et l'analyse des événements indésirables relatifs aux erreurs d'identité. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre et intégrées au PAQ de l'établissement

Partiellement	: élaboration de la Charte, de supports d'information et d'actions de sensibilisation des personnels. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont assurés par la Cellule d'identitovigilance. Cependant, le dispositif d'évaluation n'est pas formalisé et ne porte pas sur toutes les étapes de prise en charge. L'établissement a recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au jour de la visite.
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 15: l'identification du patient

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

L'organisation permettant de garantir la fiabilité de l'identification du patient est décrite dans plusieurs documents : « procédure d'admission », « Procédure d'identification du patient lors de la prise en charge en soins » et une « Charte d'identification du patient » affichée dans les services. Ils décrivent les objectifs propres aux services administratifs et aux secteurs cliniques et les points critiques. La gestion des situations particulières (identification provisoire, enregistrement au secret, etc.) est prise en compte. Une Cellule d'identitovigilance, en place depuis 2009, a été réactivée en 2012. Elle est composée de la responsable du service des admissions et de professionnels soignants de chaque secteur d'activité. Un identitovigilant est désigné pour la prise en charge administrative et un autre pour la prise en charge soignante. Ces professionnels ne disposent pas de fiches de missions, et les outils d'analyse de fonctionnement ne sont pas définis. L'investigation a marqué une divergence au regard de la valeur des indicateurs « Hôpital numérique » associés, au moment de la visite.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Plus de deux cents professionnels médicaux, soignants et administratifs de l'ensemble des services de l'établissement, ont bénéficié d'une action de sensibilisation à l'identitovigilance, organisée en interne d'octobre 2013 à février 2014 (diffusion d'un film, présentation des procédures, présentation et remise de la Charte). Cette sensibilisation tient compte de l'identification des besoins et des objectifs et cibles. Il existe un programme et des supports de formation.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Une procédure de vérification de l'identité a été établie en 2013 au sein de la Cellule d'identitovigilance avec les personnes concernées. Elle est disponible au poste de travail des personnels ainsi que sur le réseau intranet et mise en œuvre.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	La procédure « Identification du patient lors de la prise en charge en soins » comporte des fiches réflexes décrivant les modalités de vérification de l'identité du patient au cours de plusieurs situations cliniques : transfert ou mutation d'un patient, analyses de biologie médicales, examen d'imagerie, etc. Elle est adaptée à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques. Le document est disponible dans un classeur qualité des salles de soins et sur le réseau intranet de l'établissement. La vérification de l'identité n'est pas tracée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Partiellement	L'évaluation est réalisée principalement à travers le suivi régulier au sein de la Cellule d'identitovigilance, des doublons d'identité par service, complétée le cas échéant par le recueil et l'analyse des événements indésirables relatifs aux erreurs d'identité. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre et intégrées au PAQ de l'établissement : élaboration de la Charte, de supports d'information et d'actions de sensibilisation des personnels. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre

Partiellement	sont assurés par la Cellule d'identitovigilance. Cependant, le dispositif d'évaluation n'est pas formalisé, et ne porte pas sur toutes les étapes de prise en charge. L'établissement a recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au jour de la visite.
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 15: l'identification du patient

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

L'organisation permettant de garantir la fiabilité de l'identification du patient est décrite dans plusieurs documents : « Procédure d'admission », « Procédure d'identification du patient lors de la prise en charge en soins » et une « Charte d'identification du patient » affichée dans les services. Ils décrivent les objectifs propres aux services administratifs et aux secteurs cliniques et les points critiques. La gestion des situations particulières (identification provisoire, enregistrement au secret, etc.) est prise en compte. Une Cellule d'identitovigilance en place depuis 2009 a été réactivée en 2012. Elle est composée de la responsable du service des admissions et de professionnels soignants de chaque secteur d'activité. Un identitovigilant est désigné pour la prise en charge administrative et un autre pour la prise en charge soignante. Ces professionnels ne disposent pas de fiches de missions, et les outils d'analyse de fonctionnement ne sont pas définis. L'investigation a marqué une divergence au regard de la valeur des indicateurs « Hôpital numérique » associés au moment de la visite.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Plus de deux cents professionnels médicaux, soignants et administratifs de l'ensemble des services de l'établissement, ont bénéficié d'une action de sensibilisation à l'identitovigilance organisée en interne d'octobre 2013 à février 2014 (diffusion d'un film, présentation des procédures, présentation et remise de la Charte). Cette sensibilisation tient compte de l'identification des besoins et des objectifs et cibles. Il existe un programme et des supports de formation.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Une procédure de vérification de l'identité a été établie en 2013 au sein de la Cellule d'identitovigilance avec les personnes concernées. Elle est disponible au poste de travail des personnels ainsi que sur le réseau intranet et mise en œuvre.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	La procédure « Identification du patient lors de la prise en charge en soins » comporte des fiches réflexes décrivant les modalités de vérification de l'identité du patient au cours de plusieurs situations cliniques : transfert ou mutation d'un patient, analyses de biologie médicales, actes à risques comme la transfusion sanguine, etc. Elle est adaptée à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques. Le document est disponible dans un classeur qualité des salles de soins et sur le réseau intranet de l'établissement. La vérification de l'identité n'est pas tracée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Partiellement	L'évaluation est réalisée principalement à travers le suivi régulier au sein de la Cellule d'identitovigilance, des doublons d'identité par service, complétée le cas échéant, par le recueil et l'analyse des événements indésirables relatifs aux erreurs d'identité. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre et intégrées au PAQ de l'établissement : l'élaboration de la Charte, de supports d'information et d'actions de sensibilisation des personnels. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont assurés par la Cellule

Partiellement	d'identitovigilance. Cependant, le dispositif d'évaluation n'est pas formalisé et ne porte pas sur toutes les étapes de prise en charge. L'établissement a recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au jour de la visite.
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 15: l'identification du patient

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

L'organisation permettant de garantir la fiabilité de l'identification du patient est décrite dans plusieurs documents : « Procédure d'admission », « Procédure d'identification du patient lors de la prise en charge en soins » et une « Charte d'identification du patient » affichée dans les services. Ils décrivent les objectifs propres aux services administratifs et aux secteurs cliniques et les points critiques. La gestion des situations particulières (identification provisoire, enregistrement au secret, etc.) est prise en compte. Une Cellule d'identitovigilance en place depuis 2009 a été réactivée en 2012. Elle est composée de la responsable du service des admissions et de professionnels soignants de chaque secteur d'activité. Un identitovigilant est désigné pour la prise en charge administrative et un autre pour la prise en charge soignante. Ces professionnels ne disposent pas de fiches de missions, et les outils d'analyse de fonctionnement ne sont pas définis. L'investigation a marqué une divergence au regard de la valeur des indicateurs « Hôpital numérique » associés au moment de la visite.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Plus de deux cents professionnels médicaux, soignants et administratifs de l'ensemble des services de l'établissement, ont bénéficié d'une action de sensibilisation à l'identitovigilance organisée en interne d'octobre 2013 à février 2014 (diffusion d'un film, présentation des procédures, présentation et remise de la Charte). Cette sensibilisation tient compte de l'identification des besoins et des objectifs et cibles. Il existe un programme et des supports de formation.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Une procédure de vérification de l'identité a été établie en 2013 au sein de la Cellule d'identitovigilance avec les personnes concernées. Elle est disponible au poste de travail des personnels ainsi que sur le réseau intranet et mise en œuvre.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	La procédure « Identification du patient lors de la prise en charge en soins » comporte des fiches réflexes décrivant les modalités de vérification de l'identité du patient au cours de plusieurs situations cliniques : transfert ou mutation d'un patient, analyses de biologie médicales, actes à risques comme la transfusion sanguine, etc. Elle est adaptée à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques. Le document est disponible dans un classeur qualité des salles de soins et sur le réseau intranet de l'établissement. La vérification de l'identité n'est pas tracée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Partiellement	L'évaluation est réalisée principalement à travers le suivi régulier au sein de la Cellule d'identitovigilance, des doublons d'identité par service, complétée le cas échéant par le recueil et l'analyse des événements indésirables relatifs aux erreurs d'identité. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre et intégrées au PAQ de l'établissement : l'élaboration de la Charte, de supports d'information et d'actions de sensibilisation des personnels. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont assurés par la Cellule

Partiellement	d'identitovigilance. Cependant, le dispositif d'évaluation n'est pas formalisé et ne porte pas sur toutes les étapes de prise en charge. L'établissement a recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au jour de la visite.
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

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

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

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

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

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	En grande partie	
Des dispositions sont prises afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	NA	En cas de situation d'urgence, les patients sont orientés vers les urgences du CH.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

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

## Référence 16: l'accueil du patient

### Critère 16.a - Soins de longue durée Dispositif d'accueil du patient

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

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

NA

En cas de situation d'urgence, les patients sont orientés vers les urgences du Centre hospitalier.

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

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

### Critère 17.a - Court Séjour

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	L'établissement ne prend pas en charge des patients hospitalisés sans consentement et des détenus.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	En grande partie	

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

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

### Critère 17.a - Santé mentale

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	Le CH n'est pas habilité à accueillir des patients hospitalisés sans consentement et aux détenus.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

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

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

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	Pas de patients hospitalisés sans consentement et pas de détenus
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	En grande partie	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

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

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

### Critère 17.a - Soins de longue durée

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

<b>Cotation</b>		
	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	//
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

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

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

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



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

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Un projet de prise en charge somatique est formalisé.

En grande partie

La prise en charge somatique des patients est un axe du projet médical 2013-2017 du pôle de psychiatrie défini avec les acteurs concernés. Il est présenté dans une fiche projet comportant des objectifs opérationnels, des actions à mettre en œuvre et leur mode de réalisation, notamment la surveillance infirmière ainsi que des indicateurs de suivi pour l'année 2013. Les modalités de recours à des avis spécialisés sont définies dans une procédure finalisée mais non signée et diffusée au moment de la visite. La prise en charge somatique est assurée par l'intervention dans l'unité d'hospitalisation complète deux demi-journées par semaine d'un médecin somaticien extérieur à l'établissement. Celui-ci réalise l'évaluation initiale à l'admission de chaque patient et le suivi le cas échéant. Cependant, l'organisation de cette prise en charge n'est pas formellement décrite avec l'identification des besoins, la définition des moyens et des ressources nécessaires à sa mise en œuvre incluant la sensibilisation des professionnels.

Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.	En grande partie	Le recours à des médecins spécialistes est organisé. Une procédure de « Recours à des avis médicaux spécialisés » formalise les modalités de demande par le médecin somaticien intervenant, de consultation de médecins spécialistes présents ou externes à l'établissement. Ce document finalisé fin 2013 n'est pas signé, ni diffusé. En pédopsychiatrie, il existe une convention avec l'équipe de néonatalogie de Montpellier. Des rencontres avec les médecins pédiatres sont organisées. Les coordonnées des personnes ressources sont disponibles et actualisées.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.	Oui	Le projet de prise en charge somatique est déployé dans tous les secteurs de soins de l'établissement. Un examen somatique est réalisé à l'entrée de chaque patient en hospitalisation complète. Il comprend un bilan standard et la mise en place d'une surveillance clinique par les infirmières. L'évaluation initiale et son volet somatique sont tracés dans le dossier du patient.
Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.	Oui	Un examen somatique est réalisé à périodicité définie en fonction de l'état de santé et du projet de soins personnalisé du patient, notamment pour les patients traités par neuroleptiques pour lesquels les données de surveillance sont recueillies selon les recommandations de la HAS. Un suivi préventif est réalisé pour les patients dépendants : suivi dentaire, gynécologique, etc. Pour les patients adolescents, un accompagnement à la contraception est réalisé avec l'accord de la famille. Les éléments relatifs au suivi somatique sont tracés dans le dossier patient sur une fiche dédiée pour les données médicales somatiques et sur la fiche de surveillance infirmière. Tous les éléments sont accessibles à l'ensemble de l'équipe tout au long de la prise en charge.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Une Évaluation des Pratiques Professionnelles sur le thème de la surveillance des patients traités par neuroleptiques, au regard des recommandations de bonnes pratiques de la HAS, a été menée en 2013. Elle a donné lieu à la mise en place d'une fiche spécifique de surveillance infirmière élaborée avec les professionnels concernés et intégrée au dossier du patient. Cependant, en l'absence d'un projet formalisé, l'établissement n'a pas défini ni mené une évaluation structurée de l'organisation en place avec des objectifs, la désignation d'une personne chargée de coordonner ou de réaliser l'évaluation selon une périodicité définie.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

### Critère 18.a - Court Séjour

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

<b>Cotation</b>		<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	En grande partie		
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	En grande partie		
Des modalités de transmission d'informations 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 afin d'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 professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	En grande partie	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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



<b>Cotation</b>	<b>C</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	En grande partie	Un planning de présence et un tableau d'astreintes médicales de psychiatres et pédopsychiatres sont établis et permettent d'assurer la permanence des soins 24 h/24h. Les documents sont affichés dans toutes les structures et au niveau des secrétariats médicaux. Une astreinte hebdomadaire de cadre soignant est également organisée sur l'ensemble de l'établissement. Les documents sont actualisés et accessibles aux professionnels concernés. Cependant, l'établissement n'a pas formalisé les règles de présence et l'organisation en place pour assurer la permanence des soins.
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	En grande partie	De nombreux temps d'échanges formels sont en place pour assurer la coordination entre les différentes équipes et avec les partenaires extérieurs telles que réunion de concertation et de coordination de l'équipe médicale, réunion clinique hebdomadaire pluridisciplinaire, réunion de synthèse ou de bilan, réunion de fonctionnement de l'équipe paramédicale, réunion de pôle. La coordination avec les partenaires extérieurs s'effectue lors de rencontres, de réunions communes autour de la

	En grande partie	prise en charge des patients ou encore d'échange de courrier ou de pièces du dossier. Ces modalités de coordination élaborées avec l'ensemble des professionnels sont effectives, mais ne sont pas formalisées dans le projet médical.
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Partiellement	L'établissement a mis en place, d'avril à novembre 2013, un groupe de travail chargé de dresser un état des lieux de l'existant et de définir les modalités de transmissions d'information entre les différents secteurs de la psychiatrie et avec les partenaires extérieurs. Des axes d'amélioration sont identifiés dans les comptes-rendus des réunions du groupe, mais n'ont pas été mis en œuvre. Par ailleurs, les modalités de transmission des informations contenues dans le dossier, aux professionnels d'aval ne sont pas décrites dans le guide de tenue du dossier patient mis en place début janvier 2014.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	En grande partie	La collaboration entre les services de psychiatrie adultes et les structures partenaires intra ou extrahospitalières s'effectue par la transmission de fiches de liaisons, complétées par des entretiens téléphoniques et des temps de concertations avec les différents partenaires de la prise en charge (structures extérieures, services sociaux). Une fiche relative au projet thérapeutique individuel du patient est complétée par le médecin puis transmise à l'unité ou la structure prenant en charge le patient. Des réunions de concertation avec différents partenaires du Centre hospitalier (pédopsychiatrie, maternité etc.) ou du réseau médico-social (lycée, ASE, etc.) permettent une collaboration multidisciplinaire autour de la prise en charge des patients enfants ou adolescents. Ces réunions sont planifiées à périodicité définie. Ces modalités de collaboration entre services sont appliquées, mais ne sont pas formalisées dans les projets de service.

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	<p>Les compétences disponibles au sein des différents secteurs d'activité de l'établissement sont identifiées et connues des professionnels.</p> <p>Un guide des « Praticiens du Centre hospitalier de Millau » est disponible dans les services. Les spécialités non référencées sur l'établissement pour obtenir des avis font l'objet d'une demande externe : CEA de Rodez (autisme), RePPOP (obésité), service de pneumologie de Rodez, de neurologie de Montpellier pour lesquels des conventions sont en place.</p> <p>Des avis compétents peuvent être sollicités auprès de professionnels de l'établissement. Les diététiciennes participent à l'élaboration du projet thérapeutique, et interviennent sur la structure de façon mensuelle depuis novembre 2009 et à la demande ; l'équipe mobile de gériatrie, le pédiatre ou autres spécialités de l'établissement.</p>
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	<p>Pour chaque patient, un référent médical est identifié. Au sein des structures de jour, un infirmier référent est désigné pour chaque patient. En unité d'hospitalisation, la désignation d'un infirmier référent est réalisée pour des prises en charges spécifiques : hospitalisation partielle et hospitalisation au long cours. Cette « personne référente » est clairement identifiée et connue des autres professionnels. Son rôle de coordination de la prise en charge est décrit dans une fiche de mission.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	En grande partie	<p>Un état des lieux a été réalisé au cours de l'année 2013 par un groupe de travail pluridisciplinaire sur les mécanismes de coordination de la prise en charge et de transmissions des informations pour le secteur de psychiatrie adulte. Des actions d'amélioration ont été définies et sont en cours de mise en œuvre. L'établissement n'a pas enregistré d'Événement Indésirable relatif la continuité et à la coordination des soins. Le dispositif d'évaluation n'est pas structuré.</p>

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	En grande partie	
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	En grande partie	

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

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
	<b>B</b>	
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	En grande partie	
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	En grande partie	

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

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

### Critère 18.b - Court Séjour

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

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

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

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

### Critère 18.b - Santé mentale

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

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

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Partiellement	Il n'existe pas d'évaluation périodique de la qualité de la prise en charge des urgences vitales internes mais, après chaque mise en œuvre du dispositif, une analyse ponctuelle de son efficacité est réalisée.

**Référence 18: La continuité et la coordination des soins****Critère 18.b - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement**

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

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes âgées

#### Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Patients porteurs de maladie chronique Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Enfants et adolescents

#### Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

<b>Cotation</b>		<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	En grande partie		
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	En grande partie		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	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.	En grande partie	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	En grande partie	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

<b>Cotation</b>		<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Partiellement		
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	En grande partie		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	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.	En grande partie	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Partiellement	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes démunies

#### Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

<b>Cotation</b>		<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	En grande partie		
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	En grande partie		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	En grande partie		
<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.	En grande partie	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	En grande partie	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes détenues

#### Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	NA	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	NA	
<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.	NA	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	NA	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » et de sa valeur de 91 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [85 %–97 %] pour la campagne de recueil 2011.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels ». Il n'a pas mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
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	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	Oui	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	En grande partie	

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	Des actions ponctuelles d'information ou de formation sont réalisées auprès des patients. Cependant, elles ne sont pas intégrées dans un programme d'éducation à la santé organisé.
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » et de sa valeur de 91 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [85 %–97 %] pour la campagne de recueil 2011.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels ». Il n'a pas mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

## Référence 19: Les prises en charge particulières

**Critère 19.b - Soins de longue durée  
Troubles de l'état nutritionnel**



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	Des actions ponctuelles d'information ou de formation sont réalisées auprès des patients. Cependant, elles ne sont pas intégrées au sein d'un programme d'éducation à la santé organisé.
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.c - Soins de longue durée Risque suicidaire

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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

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

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a - Court Séjour**  
**Management de la prise en charge médicamenteuse du patient**



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse 2013-2017, rédigée par le pharmacien en concertation avec des médecins de la CME et une des cadres supérieurs, a été diffusée en janvier 2014. Cette politique n'intègre pas de nombreux éléments. Elle décrit les missions des instances impliquées à différents niveaux dans la prise en charge médicamenteuse (CLAN, CLUD, CAI). Elle décline les engagements de l'établissement à chacune des étapes de la prise en charge médicamenteuse et les attentes en termes d'exigence réglementaires, mais ne précise pas les objectifs et les actions ainsi que les responsables identifiés pour les atteindre. Des indicateurs sont identifiés, mais leurs modalités de suivi et périodicité de recueil ne sont pas précisées en dehors de celles du contrat de bon usage du médicament (CBUM). Les actions du CBUM ne sont pas intégrées en totalité dans la plan d'actions qualité global. Les suites d'inspection, concernant la mise aux normes des locaux pour la reconstitution des cytotoxiques et les travaux engagés sur le réaménagement de la pharmacie à usage intérieur (PUI), ne sont pas

Partiellement	<p>intégrées à la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.</p> <p>L'organigramme de la PUI, élaboré en février 2014, identifie les professionnels rattachés à la PUI, mais il ne précise pas les liens fonctionnels ni le rôle du personnel médico-technique.</p> <p>La politique ne précise pas les objectifs visés pour les médicaments à risque et les traitements personnels. La prévention des risques pour les médicaments et les populations à risque n'est pas intégrée à la politique. Les modalités d'approvisionnement des différents sites distants de la PUI de Pont de Calès et les modalités de transport pour les sites externes ne sont pas précisées. Les modalités de mise en œuvre de la rétrocession de médicaments ne sont pas définies. La stratégie, la méthode et les outils retenus pour le traitement des erreurs médicamenteuses ne sont pas abordés dans la politique et ne sont pas formalisés. La question du déploiement de l'informatisation du dossier patient est abordée, mais les objectifs et échéances pour le service de chirurgie ambulatoire, le bloc opératoire de Saint-Côme et les secteurs de santé mentale ne sont pas précisés. Certains aspects relatifs à l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse sont abordés dans le projet d'informatisation du dossier patient piloté par le groupe projet, mais les modalités d'intégration de l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information ne sont pas précisées.</p> <p>Le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse est identifié en la personne du pharmacien responsable des médicaments, mais sa désignation par la CME n'est pas tracée, et sa fiche de poste non rédigée.</p> <p>Les modalités de formation des nouveaux professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse ne sont pas formalisées. Le nouveau CBUM est en cours d'élaboration.</p>
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le projet d'informatisation du dossier patient qui intègre un volet sur la prise en charge médicamenteuse est en cours de déploiement. Un logiciel principal a été retenu pour la gestion du dossier patient, et est complété par un logiciel spécifique pour la gestion des chimiothérapies et un pour la gestion du service d'accueil des urgences. Un groupe projet dit « Cardabelle » a été constitué, afin de piloter l'informatisation du dossier patient dans toutes ses composantes.</p> <p>L'informatisation de la prescription et de l'administration des médicaments est abordée dans le projet d'informatisation du dossier patient, mais les modalités d'intégration de l'informatisation de toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse au système d'information ne sont pas définies. Les interfaces nécessaires et/ou prévues entre les différents volets du dossier patient informatisé ne sont pas précisées, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique.</p>
<p>Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le logiciel déployé pour le dossier patient informatisé comporte des fonctionnalités facilitant la prescription médicamenteuse soit en mode DCI, soit en mode dit « princeps » lors de la saisie d'un médicament, mais les prescripteurs ne disposent pas de guide de substitution.</p> <p>Le logiciel propose en première intention les médicaments inscrits au livret thérapeutique 2012-2014 puis donne accès à la base de données VIDAL.</p> <p>Le livret thérapeutique comporte la liste des correspondances des DCI et princeps, et un guide « Index de correspondance 2014 DCI&gt;PRINCEPS et PRINCEPS&gt;DCI » est diffusé dans les services. Des notes de service sur les changements de références, les arrêts de commercialisation et les modifications de présentation sont régulièrement diffusés par le pharmacien.</p> <p>Aucun protocole de prescription des médicaments à risque ou d'administration n'est diffusé aux professionnels.</p>
<p><b>E2 Mettre en oeuvre</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>

Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Des réunions de service sur « Le circuit du médicament et les erreurs médicamenteuses » ont été réalisées par le pharmacien afin de sensibiliser les professionnels aux erreurs médicamenteuses et leur rappeler les bonnes pratiques. Les responsables des services ont également assisté à ces réunions, afin de renforcer la vigilance la mobilisation des équipes. Ces formations ont rassemblé la majorité des professionnels concernés. Des référents pharmacie ont été identifiés dans tous les services. Des formations leur ont été dispensées sur les exigences réglementaires relatives à l'arrêté de 2011 sur la prise en charge médicamenteuse et les déclinaisons opérationnelles : dotations des services, gestion des périmés, sécurisation du stockage, étiquetage des armoires à pharmacie, gestion des antibiotiques à dispensation contrôlée et des stupéfiants. En parallèle, le pharmacien a également sensibilisé les prescripteurs sur des thématiques particulières au cours des réunions de CME, notamment sur les médicaments orphelins.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	En grande partie	L'informatisation ne concerne pas la prise en charge médicamenteuse complète. Elle est engagée pour la prescription et l'administration dans les secteurs de médecine sauf au bloc opératoire, en service de chirurgie ambulatoire et hospitalisation de jour d'oncologie. Ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » en référence au critère.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Un grand nombre d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs a été identifié dans la « Politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017 ». Les pharmaciens assurent le suivi d'un grand nombre d'entre eux : consommations de certaines molécules dont les antibiotiques à dispensation contrôlée, suivi des prescriptions hors AMM, taux d'informatisation de la prescription médicamenteuse (dans le cadre du CBUM), indicateurs ICATB, nombre d'analyses pharmaceutiques

	Oui	réalisées, taux de contrôle des médicaments des chariots d'urgence, taux de vérification des périmés, progression des consommations par service, nombre de déclarations de pharmacovigilance, nombre de préparations de cytostatiques. À noter que l'établissement a recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Partiellement	Le recueil des erreurs médicamenteuses est intégré au dispositif global de signalement des événements indésirables. Les formulaires papier, encore en place dans certains services de soins, sont remplacés depuis début 2014 par un dispositif intranet en cours d'appropriation par les professionnels. L'organisation récente du traitement des événements indésirables par la Cellule de gestion des risques depuis début 2014 n'a pas conduit à la mise en place d'une organisation permettant d'assurer le traitement des erreurs médicamenteuses. Les modalités d'analyse et les outils validés pour le traitement des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés ne sont pas formalisées, ni abordées dans la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse. Le nombre d'événements indésirables, liés à la prise en charge médicamenteuse, est suivi dans le cadre du bilan annuel produit par la Cellule de gestion des risques. Le nombre d'erreurs analysées sur le nombre d'erreurs déclarées n'est pas suivi.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Partiellement	Les actions d'amélioration mises en place l'ont été pour la plupart à l'issue de l'auto-évaluation réalisée en vue de la certification et suite aux audits réalisés sur la prise en charge médicamenteuse. Seules les actions d'amélioration issues de l'auto-évaluation ont été intégrées au plan d'action qualité global, les autres ne le sont pas. Les erreurs médicamenteuses n'ayant pas fait l'objet d'analyse, aucune action d'amélioration n'a été mise en place, ni intégrée au plan d'actions qualité global, et aucun retour d'information n'a été fait aux professionnels. De plus,

Partiellement	le plan d'actions qualité global n'intègre pas l'ensemble des actions induites par la mise en application de l'arrêté d'avril 2011, comme l'élaboration du manuel qualité sur la prise en charge médicamenteuse, l'identification des patients à risque et des médicaments à risque, la formation des professionnels aux « never events ».
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse 2013-2017, rédigée par le pharmacien en concertation avec des médecins de la CME et une des cadres supérieurs, a été diffusée en janvier 2014. Cette politique n'intègre pas de nombreux éléments. Elle décrit les missions des instances impliquées à différents niveaux dans la prise en charge médicamenteuse (CLAN, CLUD, CAI). Elle décline les engagements de l'établissement à chacune des étapes de la prise en charge médicamenteuse et les attentes en termes d'exigence réglementaires, mais ne précise pas les objectifs et les actions ainsi que les responsables identifiés pour les atteindre. Des indicateurs sont identifiés, mais leurs modalités de suivi et périodicité de recueil ne sont pas précisées en dehors de celles du contrat de bon usage du médicament (CBUM). Les actions du CBUM ne sont pas intégrées en totalité dans la plan d'actions qualité global. Les suites d'inspection concernant la mise aux normes des locaux pour la reconstitution des cytotoxiques et les travaux engagés sur le réaménagement de la pharmacie à usage intérieur (PUI) ne sont pas intégrées

Partiellement	<p>à la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.</p> <p>L'organigramme de la PUI, élaboré en février 2014, identifie les professionnels rattachés à la PUI, mais il ne précise pas les liens fonctionnels ni le rôle du personnel médico-technique.</p> <p>La politique ne précise pas les objectifs visés pour les médicaments à risque et les traitements personnels. La prévention des risques pour les médicaments et les populations à risque n'est pas intégrée à la politique. Les modalités d'approvisionnement des différents sites distants de la PUI de Pont de Calès et les modalités de transport pour les sites externes ne sont pas précisées. Les modalités de mise en œuvre de la rétrocession de médicaments ne sont pas définies. La stratégie, la méthode et les outils retenus pour le traitement des erreurs médicamenteuses ne sont pas abordés dans la politique et ne sont pas formalisés. La question du déploiement de l'informatisation du dossier patient est abordée, mais les objectifs et échéances pour le service de chirurgie ambulatoire, le bloc opératoire de Saint-Côme et les secteurs de santé mentale, ne sont pas précisés. Certains aspects relatifs à l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse sont abordés dans le projet d'informatisation du dossier patient piloté par le groupe projet, mais les modalités d'intégration de l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information ne sont pas précisées.</p> <p>Le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse est identifié en la personne du pharmacien responsable des médicaments, mais sa désignation par la CME n'est pas tracée et sa fiche de poste non rédigée.</p> <p>Les modalités de formation des nouveaux professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse ne sont pas formalisées. Le nouveau CBUM est en cours d'élaboration.</p>
---------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le projet d'informatisation du dossier patient qui intègre un volet sur la prise en charge médicamenteuse est en cours de déploiement. Un logiciel principal a été retenu pour la gestion du dossier patient. Un groupe projet « Cardabelle » a été constitué, afin de piloter l'informatisation du dossier patient dans toutes ses composantes.</p> <p>L'informatisation de la prescription et de l'administration des médicaments est abordée dans le projet d'informatisation du dossier patient, mais les modalités d'intégration de l'informatisation de toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse au système d'information ne sont pas définies. Les interfaces nécessaires et/ou prévues entre les différents volets du dossier patient informatisé ne sont pas précisées, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique.</p>
<p>Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le logiciel déployé pour le dossier patient informatisé comporte des fonctionnalités facilitant la prescription médicamenteuse soit en mode DCI, soit en mode dit « princeps », lors de la saisie d'un médicament, mais les prescripteurs ne disposent pas de guide de substitution.</p> <p>Le logiciel propose en première intention les médicaments inscrits au livret thérapeutique 2012-2014, puis donne accès à la base de données VIDAL. Le livret thérapeutique comporte la liste des correspondances des DCI et princeps, et un guide « Index de correspondance 2014 DCI&gt;PRINCEPS et PRINCEPS&gt;DCI » est diffusé dans les services. Des notes de service sur les changements de références, les arrêts de commercialisation et les modifications de présentation sont régulièrement diffusés par le pharmacien.</p> <p>Aucun protocole de prescription des médicaments à risque ou d'administration n'est diffusé aux professionnels.</p>
<p><b>E2 Mettre en oeuvre</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>

Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Des sessions de trois formations sur « le circuit du médicament et les erreurs médicamenteuses » ont été réalisées par le pharmacien, la gestionnaire des risques et la cadre supérieure de santé, afin de sensibiliser les professionnels aux erreurs médicamenteuses et leur rappeler les bonnes pratiques. Les responsables des services ont également assisté à ces réunions, afin de renforcer la vigilance la mobilisation des équipes. Ces formations ont rassemblé la majorité des professionnels concernés. Des référents pharmacie ont été identifiés dans tous les services. Des formations leur ont été dispensées sur les exigences réglementaires relatives à l'arrêté de 2011 sur la prise en charge médicamenteuse et les déclinaisons opérationnelles : dotations des services, gestion des périmés, sécurisation du stockage, étiquetage des armoires à pharmacie, gestion des antibiotiques à dispensation contrôlée et des stupéfiants. En parallèle, le pharmacien a également sensibilisé les prescripteurs sur des thématiques particulières au cours des réunions de CME, notamment sur les médicaments orphelins. La pharmacie participe chaque année à la semaine sécurité patient avec des actions de sensibilisation destinées aux professionnels et aux patients.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Non	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète n'est pas engagée pour les secteurs de santé mentale.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Un grand nombre d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs a été identifié dans la « Politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017 ». Les pharmaciens assurent le suivi d'un grand nombre d'entre eux : consommations de certaines molécules dont les antibiotiques à dispensation contrôlée, suivi des prescriptions hors AMM, taux d'informatisation de la prescription médicamenteuse (dans le cadre du CBUM), indicateurs ICATB, nombre d'analyses pharmaceutiques

	Oui	réalisées, taux de contrôle des médicaments des chariots d'urgence, taux de vérification des périmés, progression des consommations par service, nombre de déclarations de pharmacovigilance. À noter que l'établissement a recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Partiellement	Le recueil des erreurs médicamenteuses est intégré au dispositif global de signalement des événements indésirables. Les formulaires papier encore en place dans certains services de soins sont remplacés depuis début 2014 par un dispositif intranet en cours d'appropriation par les professionnels. L'organisation récente du traitement des événements indésirables par la Cellule de gestion des risques depuis début 2014 n'a pas conduit à la mise en place d'une organisation permettant d'assurer le traitement des erreurs médicamenteuses. Les modalités d'analyse et les outils validés pour le traitement des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés ne sont pas formalisés, ni abordés dans la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse. Le nombre d'événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse est suivi dans le cadre du bilan annuel produit par la Cellule de gestion des risques. Le nombre d'erreurs analysées sur le nombre d'erreurs déclarées n'est pas suivi.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Partiellement	Les actions d'amélioration mises en place l'ont été pour la plupart à l'issue de l'auto-évaluation réalisée en vue de la certification et suite aux audits réalisés sur la prise en charge médicamenteuse. Seules les actions d'amélioration issues de l'auto-évaluation ont été intégrées au plan d'action qualité global, les autres ne le sont pas. Les erreurs médicamenteuses n'ayant pas fait l'objet d'analyse, aucune action d'amélioration n'a été mise en place, ni intégrée au plan d'actions qualité global, et aucun retour d'information n'a été fait aux professionnels. De plus, le plan d'actions qualité global n'intègre pas l'ensemble des

Partiellement	actions induites par la mise en application de l'arrêté d'avril 2011, comme l'élaboration du manuel qualité sur la prise en charge médicamenteuse, l'identification des patients à risque et des médicaments à risque, la formation des professionnels aux « never events ».
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a - Soins de suite et/ou de réadaptation**  
**Management de la prise en charge médicamenteuse du patient**



**Cotation**

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.

Partiellement

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse 2013-2017, rédigée par le pharmacien en concertation avec des médecins de la CME et une des cadres supérieurs, a été diffusée en janvier 2014. Cette politique n'intègre pas de nombreux éléments. Elle décrit les missions des instances impliquées à différents niveaux dans la prise en charge médicamenteuse (CLAN, CLUD, CAI). Elle décline les engagements de l'établissement à chacune des étapes de la prise en charge médicamenteuse et les attentes en termes d'exigence réglementaires, mais ne précise pas les objectifs et les actions ainsi que les responsables identifiés pour les atteindre. Des indicateurs sont identifiés, mais leurs modalités de suivi et périodicité de recueil ne sont pas précisées en dehors de celles du contrat de bon usage du médicament (CBUM). Les actions du CBUM ne sont pas intégrées en totalité dans la plan d'actions qualité global. Les suites d'inspection, concernant la mise aux normes des locaux pour la reconstitution des cytotoxiques et les travaux engagés sur le réaménagement de la pharmacie à usage intérieur (PUI), ne sont pas

Partiellement	<p>intégrées à la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.</p> <p>L'organigramme de la PUI, élaboré en février 2014, identifie les professionnels rattachés à la PUI, mais il ne précise pas les liens fonctionnels ni le rôle du personnel médico-technique.</p> <p>La politique ne précise pas les objectifs visés pour les médicaments à risque et les traitements personnels. La prévention des risques pour les médicaments et les populations à risque n'est pas intégrée à la politique. Les modalités d'approvisionnement des différents sites distants de la PUI de Pont de Calès et les modalités de transport pour les sites externes ne sont pas précisées. Les modalités de mise en œuvre de la rétrocession de médicaments ne sont pas définies. La stratégie, la méthode et les outils retenus pour le traitement des erreurs médicamenteuses ne sont pas abordés dans la politique et ne sont pas formalisés. La question du déploiement de l'informatisation du dossier patient est abordée, mais les objectifs et échéances pour le service de chirurgie ambulatoire, le bloc opératoire de Saint-Côme et les secteurs de santé mentale, ne sont pas précisés. Certains aspects, relatifs à l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse, sont abordés dans le projet d'informatisation du dossier patient piloté par le groupe projet, mais les modalités d'intégration de l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information ne sont pas précisées.</p> <p>Le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse est identifié en la personne du pharmacien responsable des médicaments, mais sa désignation par la CME n'est pas tracée et sa fiche de poste non rédigée.</p> <p>Les modalités de formation des nouveaux professionnels, impliqués dans la prise en charge médicamenteuse, ne sont pas formalisées. Le nouveau CBUM est en cours d'élaboration.</p>
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le projet d'informatisation du dossier patient qui intègre un volet sur la prise en charge médicamenteuse est en cours de déploiement. Un logiciel principal a été retenu pour la gestion du dossier patient. Un groupe projet « Cardabelle » a été constitué afin de piloter l'informatisation du dossier patient dans toutes ses composantes.</p> <p>L'informatisation de la prescription et de l'administration des médicaments est abordée dans le projet d'informatisation du dossier patient, mais les modalités d'intégration de l'informatisation de toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse au système d'information ne sont pas définies. Les interfaces, nécessaires et/ou prévues entre les différents volets du dossier patient informatisé, ne sont pas précisées, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique.</p>
<p>Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le logiciel, déployé pour le dossier patient informatisé, comporte des fonctionnalités facilitant la prescription médicamenteuse soit en mode DCI, soit en mode dit « princeps », lors de la saisie d'un médicament, mais les prescripteurs ne disposent pas de guide de substitution.</p> <p>Le logiciel propose, en première intention, les médicaments inscrits au livret thérapeutique 2012-2014, puis donne accès à la base de données VIDAL. Le livret thérapeutique comporte la liste des correspondances des DCI et princeps, et un guide « Index de correspondance 2014 DCI&gt;PRINCEPS et PRINCEPS&gt;DCI » est diffusé dans les services. Des notes de service sur les changements de références, les arrêts de commercialisation et les modifications de présentation sont régulièrement diffusés par le pharmacien.</p> <p>Aucun protocole de prescription des médicaments à risque ou d'administration n'est diffusé aux professionnels.</p>
<p><b>E2 Mettre en oeuvre</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>

Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Des sessions de trois formations sur « le circuit du médicament et les erreurs médicamenteuses » ont été réalisées par le pharmacien, la gestionnaire des risques et la cadre supérieure de santé, afin de sensibiliser les professionnels aux erreurs médicamenteuses et leur rappeler les bonnes pratiques. Les responsables des services ont également assisté à ces réunions afin de renforcer la vigilance la mobilisation des équipes. Ces formations ont rassemblé la majorité des professionnels concernés. Des référents pharmacie ont été identifiés dans tous les services. Des formations leur ont été dispensées sur les exigences réglementaires relatives à l'arrêté de 2011 sur la prise en charge médicamenteuse et les déclinaisons opérationnelles : dotations des services, gestion des périmés, sécurisation du stockage, étiquetage des armoires à pharmacie, gestion des antibiotiques à dispensation contrôlée et des stupéfiants. En parallèle, le pharmacien a également sensibilisé les prescripteurs sur des thématiques particulières au cours des réunions de CME, notamment sur les médicaments orphelins. La pharmacie participe chaque année à la semaine sécurité patient avec des actions de sensibilisation destinées aux professionnels et aux patients.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est engagée en SSR. Ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » en référence au critère.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Un grand nombre d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs a été identifié dans la « Politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017 ». Les pharmaciens assurent le suivi d'un grand nombre d'entre eux : consommations de certaines molécules dont les antibiotiques à dispensation contrôlée, suivi des prescriptions hors AMM, taux d'informatisation de la prescription médicamenteuse (dans le cadre du CBUM), indicateurs ICATB, nombre d'analyses pharmaceutiques

	Oui	réalisées, taux de contrôle des médicaments des chariots d'urgence, taux de vérification des périmés, progression des consommations par service, nombre de déclarations de pharmacovigilance. À noter que l'établissement a recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Partiellement	Le recueil des erreurs médicamenteuses est intégré au dispositif global de signalement des événements indésirables. Les formulaires papier, encore en place dans certains services de soins, sont remplacés depuis début 2014 par un dispositif intranet en cours d'appropriation par les professionnels. L'organisation récente du traitement des événements indésirables par la Cellule de gestion des risques depuis début 2014 n'a pas conduit à la mise en place d'une organisation permettant d'assurer le traitement des erreurs médicamenteuses. Les modalités d'analyse et les outils, validés pour le traitement des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés ne sont pas formalisés, ni abordés dans la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse. Le nombre d'événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse est suivi dans le cadre du bilan annuel produit par la Cellule de gestion des risques. Le nombre d'erreurs analysées sur le nombre d'erreurs déclarées n'est pas suivi.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Partiellement	Les actions d'amélioration mises en place l'ont été pour la plupart à l'issue de l'auto-évaluation réalisée en vue de la certification et suite aux audits réalisés sur la prise en charge médicamenteuse. Seules les actions d'amélioration issues de l'auto-évaluation ont été intégrées au plan d'action qualité global, les autres ne le sont pas. Les erreurs médicamenteuses n'ayant pas fait l'objet d'analyse, aucune action d'amélioration n'a été mise en place, ni intégrée au plan d'actions qualité global, et aucun retour d'information n'a été fait aux professionnels. De plus, le plan d'actions qualité global n'intègre pas l'ensemble des actions induites

Partiellement	par la mise en application de l'arrêté d'avril 2011, comme l'élaboration du manuel qualité sur la prise en charge médicamenteuse, l'identification des patients à risque et des médicaments à risque, la formation des professionnels aux « never events ».
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse 2013-2017, rédigée par le pharmacien en concertation avec des médecins de la CME et une des cadres supérieurs, a été diffusée en janvier 2014. Cette politique n'intègre pas de nombreux éléments. Elle décrit les missions des instances impliquées à différents niveaux dans la prise en charge médicamenteuse (CLAN, CLUD, CAI). Elle décline les engagements de l'établissement à chacune des étapes de la prise en charge médicamenteuse et les attentes en termes d'exigence réglementaires, mais ne précise pas les objectifs et les actions ainsi que les responsables identifiés pour les atteindre. Des indicateurs sont identifiés, mais leurs modalités de suivi et périodicité de recueil ne sont pas précisées en dehors de celles du contrat de bon usage du médicament (CBUM). Les actions du CBUM ne sont pas intégrées en totalité dans la plan d'actions qualité global. Les suites d'inspection concernant la mise aux normes des locaux pour la reconstitution des cytotoxiques et les travaux engagés sur le réaménagement de la pharmacie à usage intérieur (PUI) ne sont pas intégrées

Partiellement	<p>à la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.</p> <p>L'organigramme de la PUI, élaboré en février 2014, identifie les professionnels rattachés à la PUI, mais il ne précise pas les liens fonctionnels ni le rôle du personnel médico-technique.</p> <p>La politique ne précise pas les objectifs visés pour les médicaments à risque et les traitements personnels. La prévention des risques pour les médicaments et les populations à risque n'est pas intégrée à la politique. Les modalités d'approvisionnement des différents sites distants de la PUI de Pont de Calès et les modalités de transport pour les sites externes ne sont pas précisées. Les modalités de mise en œuvre de la rétrocession de médicaments ne sont pas définies. La stratégie, la méthode et les outils retenus pour le traitement des erreurs médicamenteuses ne sont pas abordés dans la politique et ne sont pas formalisés. La question du déploiement de l'informatisation du dossier patient est abordée, mais les objectifs et échéances pour le service de chirurgie ambulatoire, le bloc opératoire de Saint-Côme et les secteurs de santé mentale ne sont pas précisés. Certains aspects relatifs à l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse sont abordés dans le projet d'informatisation du dossier patient piloté par le groupe projet, mais les modalités d'intégration de l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse dans le système d'information ne sont pas précisées.</p> <p>Le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse est identifié en la personne du pharmacien responsable des médicaments, mais sa désignation par la CME n'est pas tracée et sa fiche de poste non rédigée.</p> <p>Les modalités de formation des nouveaux professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse ne sont pas formalisées. Le nouveau CBUM est en cours d'élaboration.</p>
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le projet d'informatisation du dossier patient qui intègre un volet sur la prise en charge médicamenteuse est en cours de déploiement. Un logiciel principal a été retenu pour la gestion du dossier patient. Un groupe projet « Cardabelle » a été constitué afin de piloter l'informatisation du dossier patient dans toutes ses composantes.</p> <p>L'informatisation de la prescription et de l'administration des médicaments est abordée dans le projet d'informatisation du dossier patient, mais les modalités d'intégration de l'informatisation de toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse au système d'information ne sont pas définies. Les interfaces nécessaires et/ou prévues entre les différents volets du dossier patient informatisé ne sont pas précisées, comme les accès aux pharmaciens aux données cliniques et biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique.</p>
<p>Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le logiciel déployé pour le dossier patient informatisé comporte des fonctionnalités facilitant la prescription médicamenteuse soit en mode DCI, soit en mode dit « princeps », lors de la saisie d'un médicament, mais les prescripteurs ne disposent pas de guide de substitution.</p> <p>Le logiciel propose en première intention les médicaments inscrits au livret thérapeutique 2012-2014, puis donne accès à la base de données VIDAL. Le livret thérapeutique comporte la liste des correspondances des DCI et princeps et un guide « Index de correspondance 2014 DCI&gt;PRINCEPS et PRINCEPS&gt;DCI » est diffusé dans les services. Des notes de service sur les changements de références, les arrêts de commercialisation et les modifications de présentation sont régulièrement diffusés par le pharmacien. Aucun protocole de prescription des médicaments à risque ou d'administration n'est diffusé aux professionnels.</p>
<p><b>E2 Mettre en oeuvre</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>

Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Des sessions de trois formations sur « le circuit du médicament et les erreurs médicamenteuses » ont été réalisées par le pharmacien, la gestionnaire des risques et la cadre supérieure de santé, afin de sensibiliser les professionnels aux erreurs médicamenteuses et leur rappeler les bonnes pratiques. Les responsables des services ont également assisté à ces réunions afin de renforcer la vigilance la mobilisation des équipes. Ces formations ont rassemblé la majorité des professionnels concernés. Des référents pharmacie ont été identifiés dans tous les services. Des formations leur ont été dispensées sur les exigences réglementaires relatives à l'arrêté de 2011, sur la prise en charge médicamenteuse et les déclinaisons opérationnelles : dotations des services, gestion des périmés, sécurisation du stockage, étiquetage des armoires à pharmacie, gestion des antibiotiques à dispensation contrôlée et des stupéfiants. En parallèle, le pharmacien a également sensibilisé les prescripteurs sur des thématiques particulières au cours des réunions de CME, notamment sur les médicaments orphelins. La pharmacie participe chaque année à la semaine sécurité patient avec des actions de sensibilisation destinées aux professionnels et aux patients.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est engagée en SLD. Ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » en référence au critère.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Un grand nombre d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs a été identifié dans la « Politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017 ». Les pharmaciens assurent le suivi d'un grand nombre d'entre eux : consommations de certaines molécules dont les antibiotiques à dispensation contrôlée, suivi des prescriptions hors AMM, taux d'informatisation de la prescription médicamenteuse (dans le cadre du CBUM), indicateurs ICATB, nombre d'analyses pharmaceutiques

	Oui	réalisées, taux de contrôle des médicaments des chariots d'urgence, taux de vérification des périmés, progression des consommations par service, nombre de déclarations de pharmacovigilance. À noter que l'établissement a recueilli l'indicateur « Hôpital numérique » associé au moment de la visite.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Partiellement	Le recueil des erreurs médicamenteuses est intégré au dispositif global de signalement des événements indésirables. Les formulaires papier, encore en place dans certains services de soins, sont remplacés depuis début 2014 par un dispositif intranet en cours d'appropriation par les professionnels. L'organisation récente du traitement des événements indésirables par la Cellule de gestion des risques depuis début 2014 n'a pas conduit à la mise en place d'une organisation permettant d'assurer le traitement des erreurs médicamenteuses. Les modalités d'analyse et les outils validés pour le traitement des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés ne sont pas formalisés, ni abordés dans la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse. Le nombre d'événements indésirables, liés à la prise en charge médicamenteuse, est suivi dans le cadre du bilan annuel produit par la Cellule de gestion des risques. Le nombre d'erreurs analysées sur le nombre d'erreurs déclarées n'est pas suivi.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Partiellement	Les actions d'amélioration mises en place l'ont été pour la plupart à l'issue de l'auto-évaluation réalisée en vue de la certification et suite aux audits réalisés sur la prise en charge médicamenteuse. Seules les actions d'amélioration issues de l'auto-évaluation ont été intégrées au plan d'action qualité global, les autres ne le sont pas. Les erreurs médicamenteuses n'ayant pas fait l'objet d'analyse, aucune action d'amélioration n'a été mise en place, ni intégrée au plan d'actions qualité global, et aucun retour d'information n'a été fait aux professionnels. De plus, le plan d'actions qualité global n'intègre pas l'ensemble des

Partiellement	actions induites par la mise en application de l'arrêté d'avril 2011, comme l'élaboration du manuel qualité sur la prise en charge médicamenteuse, l'identification des patients à risque et des médicaments à risque, la formation des professionnels aux « never events ».
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

L'organisation de la prise en charge médicamenteuse est définie dans la procédure « Maîtrise du circuit du médicament » d'août 2010 qui ne prend pas en compte les exigences de l'arrêté d'avril 2011.

Cette procédure précise les différents supports utilisés pour la prescription médicamenteuse et les catégories de professionnels habilités à prescrire, mais ne mentionne pas les règles de prescription pour les internes et les remplaçants. Elle détaille également les règles de prescriptions, mais ne précise pas les différents logiciels en place dans les différents services. Les règles de prescriptions des internes sont précisées dans une note conjointe COMEDIMS/CME.

Le logiciel de gestion du dossier patient est en place, et permet de réaliser la prescription informatisée sur les services de médecine, soins continus, chirurgie complète et maternité, mais il n'est pas déployé en service de chirurgie ambulatoire, ni en SSPI où le support de prescription est papier. Le service d'accueil des urgences dispose d'un logiciel spécifique.

	Partiellement	<p>Un logiciel métier spécifique est disponible pour les prescriptions de chimiothérapie, mais il n'est pas interfacé avec le logiciel de gestion du dossier. Pour assurer la traçabilité de l'administration des traitements cytotoxiques prescrites dans le logiciel dédié aux chimiothérapies, les prescriptions de ces traitements sont retranscrites sur un support de prescription papier, dont le format des cases ne permet pas de contenir certaines prescriptions manuscrites, ce qui peut conduire à ne pas pouvoir en tracer l'administration.</p> <p>Les modalités de prescription et les supports spécifiques à utiliser pour certains médicaments comme les stupéfiants, les dérivés sanguins stables et les antibiotiques à dispensation contrôlée sont définies.</p> <p>Les règles de prescription pour les médicaments à risque ne sont pas définies.</p> <p>Une liste des prescripteurs habilités, détenue par le service des ressources humaines, a été éditée et transmise à la pharmacie au cours de la visite, mais elle ne comporte pas les signatures de ces praticiens. Ces dernières sont enregistrées sur des fiches individuelles distinctes, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'exhaustivité de la détention par le pharmacien des signatures des prescripteurs habilités.</p>
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	En grande partie	<p>Les modalités d'information du patient sur son traitement personnel et sur les traitements administrés plus généralement sont décrites dans la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017. Le rôle des intervenants en matière d'information sur les traitements y est précisé. Cependant, aucun support d'information n'est remis au patient sur la gestion de son traitement personnel. Cette information orale se fait principalement au moment de la consultation médicale avant l'hospitalisation. Les traitements personnels sont recueillis à l'admission avec l'ordonnance des traitements en cours reconduite totalement ou partiellement par le médecin référent. L'établissement met à disposition des services les traitements prescrits soit dans le cadre des</p>

	En grande partie	<p>dotations, soit hors dotation. En cas de traitement particulier non disponible, le recours au traitement personnel du patient est mis en œuvre avec son accord, en attendant la délivrance de ce dernier. Les dotations en place dans les services ont été étudiées et adaptées, afin de faire face aux besoins des patients habituellement accueillis. Les traitements personnels sont retirés au patient à l'admission, et sont étiquetés et rangés dans un casier individuel dans l'armoire à pharmacie du service. Lors du transfert du patient ou de sa sortie, le personnel infirmier vérifie si le patient avait un traitement personnel et le lui remet. Sur les services informatisés, le transfert du traitement médicamenteux est assuré via le logiciel, pour tous les transferts intrahospitaliers. Si des médicaments hors dotation sont commandés pour le séjour, ils sont retournés à la pharmacie au départ du patient selon une procédure et un circuit définis.</p>
<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	Partiellement	<p>L'organisation de la prise en charge médicamenteuse en vigueur est décrite dans la « Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017 » et la « Procédure de maîtrise du circuit du médicament », mais certaines étapes du circuit ou certaines spécificités ne sont pas formalisées, comme le circuit des anticancéreux ou la gestion des médicaments à risque.</p> <p>La délivrance nominative n'est en place que pour certains médicaments : les anticancéreux, les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés sanguins stables.</p> <p>Les dotations des services ont été établies sur la base des consommations historiques, et permettent d'assurer l'administration médicamenteuse des traitements, le cas échéant, des délivrances hors dotation sont mises en place.</p> <p>Lors du référencement des médicaments, les conditionnements unitaires sont privilégiés pour éviter le déconditionnement.</p> <p>Pour faire face aux besoins urgents, une organisation formalisée dans une note de service a été mise en œuvre</p>

	Partiellement	<p>avec la présence d'un pharmacien en journée du lundi au samedi matin, et une astreinte est organisée pour les week-ends et jours fériés.</p> <p>Une grande partie des services a été équipée de nouvelles armoires de stockage des médicaments. L'étiquetage des différents bacs et casiers est réalisé pour certaines familles comme les antibiotiques et les anticoagulants, mais les médicaments à risque ne sont pas identifiés. Il n'existe pas non plus de supports destinés aux professionnels sur les médicaments « look alike » ou « sound alike », ni protocole de préparation des médicaments.</p> <p>Le stockage des médicaments est sécurisé par la fermeture à clé des armoires des services, mais les traitements personnels des patients sont stockés dans ces mêmes armoires, ce qui représente un risque de conserver des médicaments non dispensés par la PUI et n'est pas conforme aux règles d'hygiène.</p> <p>Le transport des médicaments vers les différents sites est organisé, par camion dans des caisses dont la fermeture est partiellement sécurisée par des sceaux en plastique. Des formations des transporteurs ont été initiées par le pharmacien, en collaboration avec le responsables logistique pour améliorer la sécurisation du transport notamment la traçabilité des caisses remises aux services, les règles à respecter en cas d'accident. L'entretien des caisses de transport pour l'ensemble des services est assuré par des agents rattachés à la PUI.</p>
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Partiellement	<p>Les règles d'administration médicamenteuse sont définies dans la procédure « Maîtrise du circuit du médicament" d'août 2010 mais toutes les situations rencontrées ne sont pas abordées. En effet, les médicaments à risque ne sont pas identifiés et les protocoles d'administration de ces médicaments ne sont pas élaborés. Des protocoles ont été diffusés sur l'administration des formes orales et les modalités de préparation ainsi que sur les modalités de conservation des flacons multidoses. Ces documents sont accessibles soit dans les classeurs des services, soit sur</p>

Partiellement		<p>l'intranet. La préparation des traitements oraux des patients, appelée « préparation des piluliers" est réalisée par les professionnels de nuit sur l'ensemble des services de MCO pour la totalité de la journée suivante. Ces médicaments sont administrés le lendemain par le personnel de jour après vérification avant administration à partir du plan de soins médicamenteux informatisé. Une fois le traitement remis au patient pour la prise, l'administration est tracée en temps réel dans le dossier informatisé grâce aux postes informatiques dans certains services ou aux multiples postes installés dans les couloirs.</p> <p>En médecine, pour les patients pris en charge pour un traitement anticancéreux, l'administration des traitements est tracée sur un support papier distinct de la prescription informatisée, retranscrite sur ce même support. Le format du support ne garantit pas une lisibilité de la traçabilité de l'administration.</p> <p>Les dotations des armoires de stockage sont établies. Une procédure de gestion des périmés a été mise en place en janvier 2014, ainsi qu'une procédure d'entretien des réfrigérateurs destinés au stockage des médicaments. Les médicaments des chariots d'urgence sont vérifiés une fois par mois.</p> <p>Un référent pharmacie a été identifié dans chaque service et une fiche de poste référent établie.</p> <p>Il n'existe pas de support destiné aux professionnels répertoriant les dispositifs utilisés pour l'administration des médicaments et les modalités d'utilisation ne sont pas définies.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	En grande partie	Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » et de sa valeur 49 % pour la campagne 2011. L'établissement a défini et mis en oeuvre un plan d'actions structuré associé à cet indicateur.

<p>Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'analyse pharmaceutique en MCO est effective, sauf la chirurgie ambulatoire dont le dossier patient n'est pas informatisé. La dispensation nominative est réalisé uniquement sur les médicaments anticancéreux, les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés sanguins stables.</p>
<p>Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Pour les anticancéreux, les modalités de reconstitution destinées aux préparateurs sont intégrées au protocole validé dans le logiciel spécifique à la gestion des chimiothérapies. Elles sont éditées sur la feuille de fabrication générée par la validation pharmaceutique. Toutefois, le circuit des produits, et les modalités de mise en œuvre du double contrôle conformément aux exigences réglementaires ne sont pas définis. Les modalités de sécurisation de cette activité à risque ne sont pas formalisées. Il n'existe pas de protocole sur la gestion des reliquats, la gestion des médicaments non administrés, les étapes de la validation des traitements ou les dispositifs associés utilisés. De plus, les conditions environnementales nécessaires à la préparation de ces médicaments ne font pas l'objet de protocole. Des travaux sont en cours à la PUI pour mettre en conformité l'unité de reconstitution des médicaments anticancéreux suite au rapport de l'ARS. Ces travaux ont conduit à transférer provisoirement cette activité sur le service de médecine dans une chambre aménagée à cet effet. La hotte à flux laminaire a été déplacée et requalifiée. Des prélèvements d'air et des mesures de pression ont été réalisés. Les résultats des contrôles réalisés sont conformes aux normes d'avril 2013 pour la classification particulière, mais pas pour les flux aérauliques puisque la pièce n'est pas en surpression et ne peut pas l'être, compte tenu de la configuration des locaux. Cette absence de surpression expose la zone de reconstitution à une contamination et ne respecte pas les conditions requises pour la préparation des</p>

	Partiellement	anticancéreux. Une zone de déshabillage et d'habillage a été installée dans la partie sanitaire de la chambre utilisée, mais elle ne permet pas de séparer les vêtements extérieurs des vêtements portés pour la reconstitution. Les tenues à usage unique utilisées pour cette activité ne sont pas stériles.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	L'établissement n'a pas défini l'organisation et les modalités d'information des patients sur le bon usage des médicaments, cette information est assurée par les professionnels sur la base des compétences acquises au cours de leur formation initiale. Elle est rarement tracée. En service de médecine, les gastro-entérologues informent les patients sur les traitements par Interferon dans le cadre de leurs consultations. Cette réflexion récente n'a pas fait l'objet d'une évaluation.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Dans les secteurs où la prise en charge médicamenteuse est informatisée, la traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel dans le dossier patient. En chirurgie ambulatoire, la traçabilité est faite sur le support papier de prescription administration. L'identité du professionnel ayant réalisé l'administration est enregistrée grâce à l'accès au dossier patient par la carte CPS. En cas non-administration, le professionnel peut insérer un commentaire pour justifier la non-administration. Pour la traçabilité de l'administration des traitements cytotoxiques prescrites dans le logiciel dédié, les prescriptions de ces traitements sont retranscrites sur un support papier, dont le format des cases ne permet pas de contenir certaines prescriptions manuscrites, ce qui peut conduire à ne pas pouvoir en tracer l'administration.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	L'audit sur le circuit du médicament est réalisé annuellement (calendrier du CBUM). L'établissement assure le recueil des IPAQSS. Dans le cadre du CBUM, un audit a été réalisé par le pharmacien en 2013 sur « La conformité des prescriptions médicamenteuses » et sur l'administration sur un échantillon

	En grande partie	de cent un dossiers. En 2011, un audit sur la tenue du dossier (hors IPAQSS), comportant des critères sur les prescriptions a été mené. L'établissement a également participé à la collecte 2013 du recueil DREES des médicaments. Toutefois, les audits du circuit du médicament ne portent pas sur l'ensemble des étapes.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	<p>Un bilan partiel des actions réalisées dans le cadre du COMEDIMS sur le bon usage des médicaments et les activités relatives à la prise en charge médicamenteuse a été réalisé par le pharmacien gérant et présenté en CME en septembre 2013. Les actions réalisées se retrouvent en partie dans le bilan des EPP et dans le rapport d'étape du CBUM.</p> <p>Les actions visant le bon usage des médicaments mises en place au cours des derniers mois sont pour la majorité issues de l'auto-évaluation réalisée dans la cadre la préparation de la démarche de certification : mise en place des armoires de stockage dans les services et étiquetage, formalisation de la politique, formalisation du circuit du médicament, formation des agents logistiques pour le transport des médicaments, mise en place de la feuille d'antibiotiques à dispensation contrôlée. Seule une partie de ces actions est intégrée au plan d'actions qualité global.</p>

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

D

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

L'organisation de la prise en charge médicamenteuse est définie dans la procédure « Maîtrise du circuit du médicament » d'août 2010 qui ne prend pas en compte les exigences de l'arrêté d'avril 2011.

Cette procédure précise les différents supports utilisés pour la prescription médicamenteuse et les catégories de professionnels habilités à prescrire, mais ne mentionne pas les règles de prescription pour les internes et les remplaçants. Elle détaille également les règles de prescriptions, mais ne précise pas les différents logiciels en place dans les différents services. Les règles de prescriptions des internes sont précisées dans une note conjointe COMEDIMS.

Les modalités de prescription et les supports spécifiques à utiliser pour certains médicaments comme les stupéfiants, les dérivés sanguins stables et les antibiotiques à dispensation contrôlée sont définies.

Les règles de prescription pour les médicaments à risque ne sont pas définies.

Une liste des prescripteurs habilités, détenue par le service

	Partiellement	des ressources humaines, a été éditée et transmise à la pharmacie au cours de la visite, mais elle ne comporte pas les signatures de ces praticiens. Ces dernières sont enregistrées sur des fiches individuelles distinctes, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'exhaustivité de la détention par le pharmacien des signatures des prescripteurs habilités.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	En grande partie	Les modalités d'information du patient sur son traitement personnel et sur les traitements administrés plus généralement sont décrites dans la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017. Le rôle des intervenants en matière d'information sur les traitements y est précisé. Cependant, aucun support d'information n'est remis au patient sur la gestion de son traitement personnel. Cette information orale se fait principalement au moment de la consultation médicale avant l'hospitalisation. Les traitements personnels sont recueillis à l'admission avec l'ordonnance des traitements en cours reconduite totalement ou partiellement par le médecin référent. L'établissement met à disposition des services les traitements prescrits soit dans le cadre des dotations, soit hors dotation. En cas de traitement particulier non disponible, le recours au traitement personnel du patient est mis en œuvre avec son accord, en attendant la délivrance de ce dernier. Les dotations en place dans les services ont été étudiées et adaptées afin de faire face aux besoins des patients habituellement accueillis. Les traitements personnels sont retirés au patient à l'admission et sont étiquetés et rangés dans un casier individuel dans l'armoire à pharmacie du service. Lors du transfert du patient ou de sa sortie, le personnel infirmier vérifie si le patient avait un traitement personnel et le lui remet. Si des médicaments hors dotation sont commandés pour le séjour, ils sont retournés à la pharmacie au départ du patient selon une procédure et un circuit définis.

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'organisation de la prise en charge médicamenteuse est décrite dans la « Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017 » et la « Procédure de maîtrise du circuit du médicament », mais certaines étapes du circuit ou certaines spécificités ne sont pas formalisées, comme les modalités de préparation et d'administration médicamenteuse en psychiatrie pour prévenir les risques liés à la non-observance des traitements et à la surveillance des effets secondaires et les éventuelles antidotes en cas de surdosage. La délivrance nominative n'est en place que pour les stupéfiants et les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés sanguins stables, exceptionnellement utilisés en psychiatrie. L'analyse pharmaceutique n'est pas réalisée sur les services de psychiatrie en raison de la non-informatisation de la prescription médicamenteuse et de la complexité à la réaliser sur des supports papier, majorée par l'éloignement des sites d'hospitalisation de psychiatrie de la PUI.</p> <p>Les dotations des services ont été établies sur la base des consommations antérieures, et permettent d'assurer l'administration médicamenteuse des traitements, le cas échéant, des délivrances hors dotation sont mises en place.</p> <p>Lors du référencement des médicaments, les conditionnements unitaires sont privilégiés pour éviter le déconditionnement.</p> <p>Pour faire face aux besoins urgents, une organisation formalisée dans une note de service a été mise en œuvre, avec la présence d'un pharmacien en journée du lundi au samedi matin et l'organisation d'une astreinte pour les week-ends et jours fériés.</p> <p>Le service d'hospitalisation complète de psychiatrie adulte est équipé de nouvelles armoires de stockage des médicaments fermées à clé dans l'infirmierie, dont les accès sont sécurisés par digicode. L'étiquetage des différents bacs et casiers est réalisé pour certaines familles comme les antibiotiques et les anticoagulants, mais les médicaments à risque ne sont pas identifiés. Il n'existe pas non plus de supports destinés aux professionnels sur les médicaments «</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Partiellement	<p>look alike » ou « sound alike », ni protocole de préparation des médicaments.</p> <p>Le stockage des médicaments est sécurisé par la fermeture à clé des armoires des services, mais les traitements personnels des patients sont stockés dans ces mêmes armoires, ce qui représente un risque de conserver des médicaments non dispensés par la PUI et n'est pas conforme aux règles d'hygiène.</p> <p>Le transport des médicaments vers les différents sites est organisé par camion dans des caisses, dont la fermeture est partiellement sécurisée par des sceaux en plastique. Des formations des transporteurs ont été initiés par le pharmacien, en collaboration avec le responsable logistique pour améliorer la sécurisation du transport, notamment la traçabilité des caisses remises aux services, les règles à respecter en cas d'accident. L'entretien des caisses de transport pour l'ensemble des services est assuré par des agents rattachés à la PUI.</p>
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Partiellement	<p>Les règles d'administration médicamenteuse sont définies dans la procédure « Maîtrise du circuit du médicament » d'août 2010, mais toutes les situations rencontrées ne sont pas abordées. Les médicaments à risque ne sont pas identifiés, et les protocoles d'administration de ces médicaments ne sont pas élaborés.</p> <p>Des protocoles ont été diffusés sur l'administration des formes orales et les modalités de préparation ainsi que sur les modalités de conservation des flacons multidoses. Ces documents sont accessibles soit dans les classeurs des services, soit sur le site intranet.</p> <p>La préparation des traitements oraux des patients, appelée « Préparation des piluliers », est réalisée par les professionnels de nuit sur l'ensemble des services pour la totalité de la journée suivante. Ces médicaments sont administrés le lendemain par le personnel de jour, après vérification avant administration, à partir de la prescription papier. Les supports papier en format A3 comportent un nombre important de colonnes permettant de tracer</p>

	Partiellement	<p>l'administration, avec la possibilité de poursuivre cette traçabilité au verso. Cependant, sur ce support, les lignes au verso ne sont pas numérotées, ce qui peut induire des erreurs par défaut de lecture.</p> <p>En psychiatrie adulte en hospitalisation complète, l'administration médicamenteuse se fait dans la partie « soins » de l'infirmierie où les patients se rendent pour prendre leur traitement devant l'infirmière pour s'assurer de leur prise effective. Cette organisation n'est pas formalisée. Une fois le traitement remis au patient pour la prise, l'administration est tracée en temps réel dans le dossier sur la feuille de traitement.</p> <p>Les dotations des armoires de stockage sont établies. Une procédure de gestion des périmés a été mise en place en janvier 2014, ainsi qu'une procédure d'entretien des réfrigérateurs destinés au stockage des médicaments. Les médicaments des chariots d'urgence sont vérifiés une fois par mois.</p> <p>Un référent pharmacie a été identifié dans chaque service et une fiche de poste référent établie.</p> <p>Il n'existe pas de support destiné aux professionnels sur les médicaments à risque, ni sur la surveillance des effets secondaires des traitements.</p> <p>En pédopsychiatrie, il n'y a pas d'armoire de stockage des médicaments, mais une « armoire à pharmacie » type pharmacie scolaire comportant des médicaments et du matériel de premiers soins.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Partiellement	<p>Les prescriptions peuvent être établies pour plusieurs semaines, sans réajustement ou sans pouvoir retrouver l'ensemble des éléments de la formulation des prescriptions, à savoir la date et/ou l'heure des prescriptions. Le dosage et la durée prévisionnelle du traitement ne sont pas retrouvés dans la plupart des dossiers. Cela est confirmé par les résultats (13 %) d'un audit.</p>

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Partiellement	L'analyse pharmaceutique n'est pas réalisée sur les services de psychiatrie, en raison de la non-informatisation de la prescription médicamenteuse et de la complexité à la réaliser sur des supports papier, majorée par l'éloignement des sites d'hospitalisation de psychiatrie de la PUI. La dispensation nominative est réalisé uniquement sur les médicaments anticancéreux, les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés sanguins stables.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	L'établissement n'a pas défini l'organisation et les modalités d'information des patients sur le bon usage des médicaments. Cette information est assurée par les professionnels sur la base des compétences acquises au cours de leur formation initiale. Elle n'est pas tracée en psychiatrie. Cette réflexion récente n'a pas fait l'objet d'une évaluation.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	En psychiatrie, la traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel dans le dossier patient, dans le service d'hospitalisation complète, mais pas dans les services d'hospitalisation ambulatoire. L'identité du professionnel ayant réalisé l'administration est identifiée grâce à la feuille d'enregistrement des signatures intégrée au dossier patient. À l'hôpital de jour de pédopsychiatrie, les traitements sont exceptionnellement administrés par un éducateur lors de l'absence de l'infirmière. En l'absence de l'infirmière de l'hôpital de jour, l'infirmière du RASTA est sollicitée pour assurer la relève pour la dispensation des médicaments. En situation d'absence exceptionnelle des deux infirmières, la préparation des médicaments est anticipée par celles-ci, et l'aide à la prise est réalisée par un éducateur.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Dans le cadre du CBUM, un audit a été réalisé par le pharmacien en 2013, mais les services de psychiatrie n'y ont pas été intégrés car la prise en charge médicamenteuse n'y est pas informatisée. L'établissement assure le recueil des indicateurs IPAQSS sur la tenue du dossier dont le critère « Prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation ». Les services de psychiatrie y ont participé hors protocole sur un échantillon de 48 dossiers. Les modalités et la périodicité d'évaluation du circuit du médicament pour les services de psychiatrie ne sont pas définies.</p>
<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Un bilan partiel des actions réalisées dans le cadre du COMEDIMS sur le bon usage des médicaments et les activités relatives à la prise en charge médicamenteuse a été réalisé par le pharmacien gérant et présenté en CME en septembre 2013. Les actions réalisées se retrouvent en partie dans le bilan des EPP et dans le rapport d'étape du CBUM.</p> <p>Les actions visant le bon usage des médicaments mises en place au cours des derniers mois sont, pour la majorité, issues de l'auto-évaluation réalisée dans la cadre la préparation de la démarche de certification : mise en place des armoires de stockage dans les services et étiquetage, formalisation de la politique, formalisation du circuit du médicament, formation des agents logistiques pour le transport des médicaments, mise en place de la feuille d'antibiotiques à dispensation contrôlée. Seule une partie de ces actions est intégrée au plan d'actions qualité global.</p> <p>En psychiatrie, les actions d'amélioration mises en œuvre concernent uniquement la sécurisation du circuit du médicament mais pas le bon usage.</p>

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

L'organisation de la prise en charge médicamenteuse est définie dans la procédure « Maîtrise du circuit du médicament » d'août 2010 qui ne prend pas en compte les exigences de l'arrêté d'avril 2011. Cette procédure précise les différents supports utilisés pour la prescription médicamenteuse et les catégories de professionnels habilités à prescrire, mais ne mentionne pas les règles de prescription pour les internes et les remplaçants. Elle détaille également les règles de formulation des prescriptions, mais elle ne précise pas les règles d'utilisation du logiciel en place. Les règles de prescriptions des internes sont précisées dans une note conjointe COMEDIMS, CME. En SSR, le logiciel de gestion du dossier patient est en place et permet de réaliser la prescription informatisée. Les modalités de prescription et les supports spécifiques à utiliser pour certains médicaments comme les stupéfiants, les dérivés sanguins stables et les antibiotiques à dispensation contrôlée sont définies. En revanche, les règles de prescription pour les médicaments à risque ne sont pas définies.

	Partiellement	Une liste des prescripteurs habilités, détenue par le service des ressources humaines, a été éditée et transmise à la pharmacie au cours de la visite, mais elle ne comporte pas les signatures de ces praticiens. Ces dernières sont enregistrées sur des fiches individuelles distinctes, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'exhaustivité de la détention par le pharmacien des signatures des prescripteurs habilités.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	En grande partie	Les modalités d'information du patient sur son traitement personnel et sur les traitements administrés plus généralement sont décrites dans la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017. Le rôle des intervenants en matière d'information sur les traitements y est précisé. Cependant, aucun support d'information n'est remis au patient sur la gestion de son traitement personnel. Cette information orale se fait principalement au cours de la prise en charge du patient durant l'hospitalisation. Les traitements personnels sont recueillis à l'admission, avec l'ordonnance des traitements en cours reconduite totalement ou partiellement par le médecin référent. L'établissement met à disposition des services les traitements prescrits soit dans le cadre des dotations, soit hors dotation. En cas de traitement particulier non disponible, le recours au traitement personnel du patient est mis en œuvre avec son accord, en attendant la délivrance de ce dernier. Les dotations en place dans les services ont été étudiées et adaptées, afin de faire face aux besoins des patients habituellement accueillis. Les traitements personnels sont retirés au patient à l'admission, et sont étiquetés et rangés dans un casier individuel dans l'armoire à pharmacie du service. Lors du transfert du patient ou de sa sortie, le personnel infirmier vérifie si le patient avait un traitement personnel et le lui remet. Le transfert du traitement médicamenteux est assuré via le logiciel, pour tous les transferts intrahospitaliers. Si des médicaments hors dotation sont commandés pour le séjour, ils sont retournés à la pharmacie au départ du patient selon une procédure et un circuit définis.

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'organisation de la prise en charge médicamenteuse est décrite dans la « Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017 » et la « Procédure de maîtrise du circuit du médicament », mais certaines spécificités ne sont pas traitées, comme la gestion des médicaments à risque. La délivrance nominative n'est en place que pour certains médicaments : les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés sanguins stables. Les dotations des services ont été établies sur la base des consommations historiques, et permettent d'assurer l'administration médicamenteuse des traitements, le cas échéant, des délivrances hors dotation sont mises en place. Lors du référencement des médicaments, les conditionnements unitaires sont privilégiés pour éviter le déconditionnement. Pour faire face aux besoins urgents, une organisation formalisée dans une note de service a été mise en œuvre, avec la présence d'un pharmacien en journée du lundi au samedi matin et l'organisation d'une astreinte pour les week-ends et jours fériés. Une grande partie des services a été équipée de nouvelles armoires de stockage des médicaments. L'étiquetage des différents bacs et casiers est réalisé pour certaines familles comme les antibiotiques à dispensation contrôlée et les anticoagulants, mais les médicaments à risque ne sont pas identifiés. Il n'existe pas non plus de supports destinés aux professionnels sur les médicaments « look alike » ou « sound alike », ni protocole de préparation des médicaments. Le stockage des médicaments est sécurisé par la fermeture à clé des armoires des services, mais les traitements personnels des patients sont stockés dans ces mêmes armoires, ce qui représente un risque de conserver des médicaments non dispensés par la PUI et n'est pas conforme aux règles d'hygiène. Le transport des médicaments vers les différents sites est organisé, par camion dans des caisses dont la fermeture est</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Partiellement	partiellement sécurisée par des sceaux en plastique. Des formations des transporteurs ont été initiées par le pharmacien, en collaboration avec le responsable logistique, pour améliorer la sécurisation du transport notamment la traçabilité des caisses remises aux services, les règles à respecter en cas d'accident. L'entretien des caisses de transport pour l'ensemble des services est assuré par des agents rattachés à la PUI.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Partiellement	<p>Les règles d'administration médicamenteuse sont définies dans la procédure « Maîtrise du circuit du médicament » d'août 2010, mais toutes les situations rencontrées ne sont pas abordées. Les médicaments à risque ne sont pas identifiés, et les protocoles d'administration de ces médicaments ne sont pas élaborés. Des protocoles ont été diffusés sur l'administration des formes orales et les modalités de préparation ainsi que sur les modalités de conservation des flacons multidoses. Ces documents sont accessibles soit dans les classeurs des services, soit sur le site intranet.</p> <p>La préparation des traitements oraux des patients, appelée « préparation des piluliers » est réalisée par les professionnels de nuit sur les services de SSR pour la totalité de la journée suivante. Ces médicaments sont administrés le lendemain par le personnel de jour, après vérification avant administration, à partir du plan de soins médicamenteux informatisé. Une fois le traitement remis au patient pour la prise, l'administration est tracée en temps réel dans le dossier informatisé grâce aux postes informatiques mobiles. Les dotations des armoires de stockage sont établies. Une procédure de gestion des périmés a été mise en place en janvier 2014 ainsi qu'une procédure d'entretien des réfrigérateurs destinés au stockage des médicaments. Les médicaments des chariots d'urgence sont vérifiés une fois par mois.</p> <p>Un référent pharmacie a été identifié dans chaque service, et une fiche de poste référent établie.</p> <p>Il n'existe pas de support destiné aux professionnels</p>

	Partiellement	répertoriant les dispositifs utilisés pour l'administration des médicaments, et les modalités d'utilisation ne sont pas définies.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » et de sa valeur de 99 % pour la campagne 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique sur le secteur est effective. La dispensation nominative est réalisée uniquement pour les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés sanguins stables.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	L'établissement n'a pas défini l'organisation et les modalités d'information des patients sur le bon usage des médicaments, cette information est assurée par les professionnels sur la base des compétences acquises au cours de leur formation initiale. Elle est rarement tracée. Cette réflexion récente n'a pas conduit à formaliser une procédure ou un support et n'a pas fait l'objet d'une évaluation.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Dans les services de SSR, la traçabilité de l'administration médicamenteuse est informatisée et réalisée en temps réel dans le dossier patient. L'identité du professionnel ayant réalisé l'administration est enregistrée grâce à l'accès au dossier patient par la carte CPS. En cas de non-administration, le professionnel peut insérer un commentaire pour justifier la non-administration.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'établissement assure le recueil des IPAQSS. Dans le cadre du CBUM, un audit a été réalisé par le pharmacien en 2013 sur « La conformité des prescriptions médicamenteuses » et sur l'administration, sur un échantillon de cent un dossiers. En 2011, un audit sur la tenue du dossier (hors IPAQSS), comportant des critères sur les prescriptions, a été mené. L'établissement participe au recueil DREES des médicaments. Toutefois, la périodicité des audits du circuit du médicament n'est pas définie, et ils ne portent pas sur l'ensemble des étapes.</p>
<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le COMEDIMS et la PUI ne réalisent pas de bilans sur les actions réalisées en matière de bon usage des médicaments. Les actions réalisées se retrouvent en partie dans le bilan des EPP, dans le rapport d'étape du CBUM.</p> <p>Les actions, visant le bon usage des médicaments mises en place au cours des derniers mois, sont pour la majorité issues de l'auto-évaluation réalisée dans le cadre de la préparation de la démarche de certification : mise en place des armoires de stockage dans les services et étiquetage, formalisation de la politique, formalisation du circuit du médicament, formation des agents logistiques pour le transport des médicaments, mise en place de la feuille d'antibiotiques à dispensation contrôlée.</p> <p>Seule une partie de ces actions est intégrée au plan d'actions qualité global.</p>

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

L'organisation de la prise en charge médicamenteuse est définie dans la procédure « Maîtrise du circuit du médicament » d'août 2010 qui ne prend pas en compte les exigences de l'arrêté d'avril 2011. Cette procédure précise les différents supports utilisés pour la prescription médicamenteuse et les catégories de professionnels habilités à prescrire, mais ne mentionne pas les règles de prescription pour les internes et les remplaçants. Elle détaille également les règles de formulation des prescriptions, mais elle ne précise pas les différents logiciels en place dans les différents services. Les règles de prescriptions des internes sont précisées dans une note conjointe COMEDIMS/CME. En USLD, le logiciel de gestion du dossier est déployé pour tous les patients depuis début 2014, et permet de réaliser la prescription informatisée pour tous les patients. Les modalités de prescription et les supports spécifiques à utiliser pour certains médicaments comme les stupéfiants, les dérivés sanguins stables et les antibiotiques à dispensation contrôlée sont définies.

	Partiellement	<p>Les règles de prescription pour les médicaments à risque ne sont pas définies.</p> <p>Une liste des prescripteurs habilités, détenue par le service des ressources humaines, a été éditée et transmise à la pharmacie au cours de la visite, mais elle ne comporte pas les signatures de ces praticiens. Ces dernières sont enregistrées sur des fiches individuelles distinctes, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'exhaustivité de la détention par le pharmacien des signatures des prescripteurs habilités.</p>
<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	En grande partie	<p>Les modalités d'information du patient sur son traitement personnel et sur les traitements administrés plus généralement sont décrites dans la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017. Le rôle des intervenants en matière d'information sur les traitements y est précisé. Cependant, aucun support d'information n'est remis au patient sur la gestion de son traitement personnel, cette information orale se fait principalement au moment de l'admission du patient dans le service. Les traitements personnels sont recueillis à l'admission avec l'ordonnance des traitements en cours reconduite totalement ou partiellement par le médecin référent. L'établissement met à disposition des services les traitements prescrits soit dans le cadre des dotations, soit hors dotation. En cas de traitement particulier non disponible, le recours au traitement personnel du patient est mis en œuvre avec son accord, en attendant la délivrance de ce dernier. Les dotations en place dans les services ont été étudiées et adaptées, afin de faire face aux besoins des patients habituellement accueillis. Les traitements personnels sont retirés au patient à l'admission, et sont étiquetés et rangés dans un casier individuel dans l'armoire à pharmacie du service. Lors du transfert du patient ou de sa sortie, le personnel infirmier vérifie si le patient avait un traitement personnel et le lui remet. Le transfert du traitement médicamenteux est assuré via le logiciel, pour tous les transferts intrahospitaliers. Si des médicaments hors dotation sont commandés pour le séjour, ils sont</p>

	En grande partie	retournés à la pharmacie au départ du patient selon une procédure et un circuit définis. La présence quotidienne des médecins gériatres sur le service d'USLD contribue à garantir la continuité du traitement médicamenteux.
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Partiellement	<p>L'organisation de la prise en charge médicamenteuse est décrite dans la « Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017 » et la « Procédure de maîtrise du circuit du médicament ». Certaines spécificités ne sont pas formalisées, comme la gestion des médicaments à risque et les juste prescription chez le sujet âgé.</p> <p>La délivrance nominative n'est en place que pour certains médicaments : les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés sanguins stables.</p> <p>Les dotations des services ont été établies sur la base des consommations antérieures, et permettent d'assurer l'administration médicamenteuse des traitements, le cas échéant, des délivrances hors dotation sont mises en place.</p> <p>Lors du référencement des médicaments, les conditionnements unitaires sont privilégiés pour éviter le déconditionnement.</p> <p>Pour faire face aux besoins urgents, une organisation formalisée dans une note de service a été mise en œuvre, avec la présence d'un pharmacien en journée du lundi au samedi matin et l'organisation d'une astreinte pour les week-ends et jours fériés.</p> <p>Le service a été équipé de nouvelles armoires de stockage des médicaments. L'étiquetage des différents bacs et casiers est réalisé pour certaines familles comme les antibiotiques et les anticoagulants, mais les médicaments à risque ne sont pas identifiés. Il n'existe pas non plus de supports destinés aux professionnels sur les médicaments « look alike » ou « sound alike », ni protocole de préparation des médicaments.</p> <p>Le stockage des médicaments est sécurisé par la fermeture à clé des armoires des services, mais les traitements personnels des patients sont stockés dans ces mêmes</p>

	Partiellement	<p>armoires, ce qui représente un risque de conserver des médicaments non dispensés par la PUI, et n'est pas conforme aux règles d'hygiène.</p> <p>Le transport des médicaments vers les différents sites est organisé par camion dans des caisses, dont la fermeture est partiellement sécurisée par des sceaux en plastique. Des formations des transporteurs ont été initiées par le pharmacien, en collaboration avec le responsable logistique pour améliorer la sécurisation du transport, notamment la traçabilité des caisses remises aux services, les règles à respecter en cas d'accident. L'entretien des caisses de transport pour l'ensemble des services est assuré par des agents rattachés à la PUI.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	Partiellement	<p>Les règles d'administration médicamenteuse sont définies dans la procédure « Maîtrise du circuit du médicament » d'août 2010, mais toutes les situations rencontrées ne sont pas abordées. Les médicaments à risque ne sont pas identifiés, et les protocoles d'administration de ces médicaments ne sont pas élaborés.</p> <p>Des protocoles ont été diffusés sur l'administration des formes orales et les modalités de préparation ainsi que sur les modalités de conservation des flacons multidoses. Ces documents sont accessibles soit dans les classeurs des services, soit sur le site intranet.</p> <p>En USLD, la préparation des traitements oraux des patients, appelée « Préparation des piluliers », est réalisée par les infirmières de jour. Une des infirmières en poste est détachée pendant environ 2 heures pour cette tâche, dans le but de ne pas être dérangée. Elle assure la préparation d'environ cinquante piluliers chaque jour, contenant les traitements oraux de la journée. Cette organisation est formalisée sur un support interne au service, mais non référencé dans le système documentaire interne de l'établissement. Les médicaments sont administrés par les infirmières en poste selon leurs horaires de travail, après vérification avant administration à partir du plan de soins médicamenteux informatisé. Le chariot des médicaments et</p>

	Partiellement	<p>le chariot informatique sont pris par l'infirmière pour réaliser l'administration dans la salle à manger et tracer en temps réel l'administration réalisée. Cette organisation, initiée en février 2014, permet de ne pas laisser de médicaments à portée des patients dont certains présentent des troubles cognitifs.</p> <p>Les dotations des armoires de stockage sont établies. Une procédure de gestion des périmés a été mise en place en janvier 2014, ainsi qu'une procédure d'entretien des réfrigérateurs destinés au stockage des médicaments. Les médicaments des chariots d'urgence sont vérifiés une fois par mois.</p> <p>Un référent pharmacie a été identifié dans chaque service dont l'USLD et une fiche de poste référent établie.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	<p>L'indicateur développé par l'établissement montre un score de 100 % sur les items observés : identité du patient, traitement en cours, date de la prescription, signature et nom du prescripteur, dénomination du médicament, posologie.</p> <p>Les observations en visite ont confirmé ces constats liés à la présence quotidienne des prescripteurs et à leur implication.</p>
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	<p>L'analyse pharmaceutique en USLD est effective depuis l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse.</p> <p>La dispensation nominative est réalisée uniquement pour les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée et les médicaments dérivés sanguins stables.</p>
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	<p>L'établissement n'a pas défini l'organisation et les modalités d'information des patients sur le bon usage des médicaments, cette information est assurée par les professionnels sur la base des compétences acquises au</p>

	Partiellement	cours de leur formation initiale. Elle est rarement tracée. Cette réflexion récente n'a pas fait l'objet d'une évaluation à ce jour.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	En USLD, la prise en charge médicamenteuse est informatisée, la traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel dans le dossier patient. L'identité du professionnel ayant réalisé l'administration est enregistrée grâce à l'accès au dossier patient par la carte CPS. En cas non-administration, le professionnel peut insérer un commentaire pour justifier la non-administration.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Partiellement	L'établissement assure le recueil des IPAQSS. Dans le cadre du CBUM, un audit a été réalisé par le pharmacien en 2013 sur « La conformité des prescriptions médicamenteuses » et sur l'administration sur un échantillon de cent un dossiers. En 2011, un audit sur la tenue du dossier (hors IPAQSS), comportant des critères sur les prescriptions, a été mené. L'établissement participe au recueil DREES des médicaments. Toutefois, la périodicité des audits du circuit du médicament n'est pas définie, et ils ne portent pas sur l'ensemble des étapes.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Un bilan partiel des actions réalisées dans le cadre du COMEDIMS sur le bon usage des médicaments et les activités relatives à la prise en charge médicamenteuse a été réalisé par le pharmacien gérant, et présenté en CME en septembre 2013. Les actions réalisées se retrouvent en partie dans le bilan des EPP, dans le rapport d'étape du CBUM. Les actions visant le bon usage des médicaments mises en place au cours des derniers mois sont pour la majorité issues de l'auto-évaluation réalisée dans le cadre de la préparation de la démarche de certification : mise en place des armoires de stockage dans les services et étiquetage, formalisation de la politique, formalisation du circuit du médicament, formation des agents logistiques

En grande partie	pour le transport des médicaments, mise en place de la feuille d'antibiotiques à dispensation contrôlée. Les gériatres participent au projet ICARE piloté le géronto-pôle de Toulouse portant sur la prise en charge des patients âgés, dont la prise en charge médicamenteuse. Seule une partie de ces actions est intégrée au plan d'actions qualité global.
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

<b>Cotation</b>		<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	En grande partie		
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.	Partiellement		
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	En grande partie		
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	

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

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

Cotation		D
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	Partiellement	L'établissement a formalisé une « Politique d'amélioration de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 2013-2017 ». Cette dernière inclut un paragraphe intitulé « Lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse évitable chez le sujet âgé » qui mentionne l'engagement de l'établissement à formaliser une politique de juste prescription et à améliorer ses pratiques, mais les objectifs, les actions programmées pour y parvenir ainsi que les modalités d'évaluation et de suivi ne sont pas précisés.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.	Partiellement	Le dossier patient en santé mentale n'est pas informatisé, ce qui ne permet pas de mettre à disposition des outils d'aide à la prescription par ce moyen comme dans les autres secteurs d'activité. Des données de référence sont mises à disposition des professionnels via l'accès interne au dictionnaire VIDAL HOPTIMAL en ligne et d'un accès au système documentaire interne pour toutes les notes de service de la pharmacie/COMEDIMS.

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Non	Aucune action n'a été menée auprès des professionnels de ce secteur sur la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Non	Aucune évaluation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en santé mentale n'a été réalisée. Une évaluation des pratiques professionnelles sur le thème de la surveillance des patients traités par neuroleptiques au regard des recommandations de bonnes pratiques a été menée en 2013. Cette EPP ne tenait pas compte de la spécificité des patients âgés.
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en œuvre.	Non	En l'absence d'évaluation, aucune action d'amélioration n'a été mise en œuvre.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

<b>Cotation</b>		<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	Partiellement		
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.	En grande partie		
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	En grande partie		
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	

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

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20.b - Soins de longue durée Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

<b>Cotation</b>		<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	Partiellement		
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.	En grande partie		
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	En grande partie		
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	

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

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

### Critère 21.a - Court Séjour

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

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

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

### Critère 21.a - Santé mentale

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

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

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

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

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

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

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

### Critère 21.a - Soins de longue durée

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

Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.	En grande partie	Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à la disposition et connus des professionnels. Cependant, l'établissement ne dispose pas d'outils de prescriptions d'examens de biologie informatisés. Ce que confirme la valeur de l'indicateur « Hôpital numérique » en référence au seuil de progression au moment de la visite.

Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	
<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 œuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière portée aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le laboratoire de biologie médicale développe une politique institutionnelle de management de la qualité, en tenant compte de l'évolution de la réglementation qui conduit à l'accréditation.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La démarche qualité est mise en œuvre, avec des échéances déterminées, compatibles avec le respect de la réglementation.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité du laboratoire de biologie médicale.	Oui	

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

### Critère 22.a - Court Séjour

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

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

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

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

### Critère 22.a - Santé mentale

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

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

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

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

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

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

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

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

### Critère 22.a - Soins de longue durée Demande d'examen et transmission des résultats

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

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

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

### Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

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

**Référence 23: l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage****Critère 23.a - Court Séjour  
Education thérapeutique du patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.

Oui

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

Oui

Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.

Oui

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

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

Oui

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

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

### Critère 23.a - Santé mentale Education thérapeutique du patient

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

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

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

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

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

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

### Critère 23.a - Soins de longue durée Education thérapeutique du patient

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.

En grande partie

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

En grande partie

Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

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

## Référence 24: La sortie du patient

**Critère 24.a - Court Séjour**  
**Sortie du patient**



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

En grande partie

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur 30 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [20 %-40 %]. L'établissement a défini et mis en œuvre un plan d'actions structuré associé à cet indicateur.
<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	L'établissement recueille l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ». Il n'a pas mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

## Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Santé mentale  
Sortie du patient



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	
<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	L'établissement a mené quelques évaluations : en 2011, la présence des documents nécessaires à la continuité des soins sur un échantillon de 10 dossiers ; en 2012, la « conformité du courrier de fin d'hospitalisation" et la « rédaction du traitement de sortie" sur un échantillon de 48 dossiers.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	

## Référence 24: La sortie du patient

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

En grande partie

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 50 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [39 %-61 %]. L'établissement a défini et mis en œuvre un plan d'actions structuré associé à cet indicateur.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation et notamment une évaluation des pratiques professionnelles qui a permis d'élaborer un support d'aide à la sortie du patient.
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	

## Référence 24: La sortie du patient

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	
<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.	Partiellement	L'établissement a réalisé en 2013 une évaluation sur trente dossiers à partir des indicateurs sur la tenue du dossier patient.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée, et connue des acteurs du territoire de santé.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement a formalisé l'organisation du service des urgences dans le projet d'établissement et dans le projet de Pôle.                      L'organisation décrit en particulier le système d'admission des patients à partir du service des urgences et les modalités d'accueil des populations vulnérables (notamment les patients étrangers, les patients en situation de handicap, les patients démunis, etc.).                      Cependant, la procédure d'organisation n'a pas été actualisée pour s'adapter à la mise en place récente d'une infirmière d'accueil et d'orientation, IAO, de jour. Par ailleurs, il n'y a pas de Commission des urgences active au sein de la CME.                      L'établissement n'adhère pas à un réseau d'urgences, mais il existe des coopérations et des partenariats, notamment sous forme de conventions, avec les acteurs du territoire de santé et le CHU de Montpellier. Le système d'information permet l'échange d'informations avec ces partenaires.</p>

Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.	Oui	L'établissement a mis en place des procédures d'organisation du recours aux spécialistes (interne/externe) entre le service des urgences et les services de spécialités. La permanence d'accès aux spécialistes est matérialisée par un tableau de gardes et astreintes mensuel disponible dans le service. Les services de spécialités externes, susceptibles d'accueillir les patients, sont également priorités.
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.).	Oui	L'établissement a mis en place des filières suivant les types de patients ou pathologies : soins immédiats ou pouvant être différés, patients couchés ou ambulatoires. Il existe également des filières pour certaines pathologies spécifiques comme l'AVC et les pathologies cardio-vasculaires qui font l'objet d'un partenariat avec le CHU de Montpellier. La convention relative à la chirurgie pédiatrique est en cours de rédaction. Le service adapte les filières de soins à certaines populations spécifiques (prise en charge pédiatrique, gériatrique et psychiatrique), en tenant compte des contraintes architecturales. Les filières sont inscrites dans le document d'organisation du service des urgences et dans des procédures référencées.
<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.	Oui	L'établissement met en place une organisation permettant la connaissance des lits disponibles deux fois par jour par un cadre du SIH. Les services d'aval sont impliqués.
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	En grande partie	La formation des professionnels à l'accueil et à l'orientation des patients tient compte de l'identification des besoins, des objectifs et cibles. Depuis début mars 2014, une IAO formée assure l'accueil de jour. Cependant, la nuit, l'accueil est assuré par des IDE non formées ayant reçu une information sur l'accueil et l'orientation. Il existe un programme et des supports de formation.

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).	En grande partie	Des typologies de patients et de pathologies pouvant être directement admis dans les secteurs de soins ont été identifiées. Ce processus concerne les patient âgés à domicile ou hospitalisés en EHPAD et certains patients de traumatologie. Cependant, l'ensemble des services qui pourrait être impliqué n'a pas mis en place une organisation permettant la prise en charge directe de ces patients.
<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.	En grande partie	Il existe une traçabilité des heures d'arrivée, de passage et de sortie des patients. Un système d'information adapté, basé sur le logiciel dédié à la prise en charge des patients, est mis en place en tenant compte des typologies de patients. Cependant, avant la mise en place récente de l'IAO, le recueil de données n'était pas suffisamment fiable pour permettre une exploitation statistique et réaliser une revue périodique de ces indicateurs (temps d'attente et temps de passage).
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	En grande partie	Le service des urgences a formalisé un circuit de recueil et d'analyse des dysfonctionnements liés à la prise en charge des urgences et des soins non programmés, avec notamment une fiche de signalement papier propre au service. Un processus d'information du personnel sur les enjeux et le circuit de recueil des dysfonctionnements est mis en place. Les dysfonctionnements recueillis sont analysés en réunion hebdomadaire. Cependant, en dehors des plaintes et réclamations traitées par la CRUQPC, ce dispositif n'est pas intégré dans le système de déclarations des événements indésirables de l'établissement.
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en œuvre.	En grande partie	Des actions d'amélioration sont définies en cohérence avec les résultats des dysfonctionnements recueillis et analysés, avec la participation des professionnels et des représentants des usagers. Cependant, la coordination et le suivi de leur mise en œuvre ne sont pas toujours structurés et intégrés au système qualité de l'établissement.

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

**Critère 26.a**  
**Organisation du bloc opératoire**



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

**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

L'activité chirurgicale est répartie sur deux sites. Le site du puits de Calès connaît, au moment de la visite, des travaux d'extension, et utilise quatre salles d'opération essentiellement dédiées à la chirurgie en hospitalisation complète et à une activité minoritaire de chirurgie ambulatoire. Le site de Saint-Côme comporte trois salles d'opération dédiées à la chirurgie ambulatoire, dont une pour l'ophtalmologie et une également utilisée pour l'endoscopie. Les points critiques des processus à risque des blocs opératoires ont été identifiés mais de manière globale, au moyen d'une cartographie des risques finalisée en 2013. Ils ne font pas de différenciation suivant les sites et les types de prise en charge. Des actions d'amélioration prioritaires ont été repérées, mais le programme d'action de réduction des risques n'est pas finalisé. L'établissement prévoit une révision de la cartographie après centralisation de l'ensemble de l'activité chirurgicale sur le site de Puits de Calès fin 2014.

<p>Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La démarche qualité comprend l'engagement de la Direction, l'existence d'un système documentaire entretenu, le management (responsabilités, organisation du travail, communication interne), la formation y compris celle d'intégration des nouveaux arrivants, la gestion des événements indésirables et les outils de suivi et d'évaluation en vue des actions d'amélioration.</p> <p>Cependant, elle ne permet pas la maîtrise complète des risques liés aux contraintes architecturales.</p> <p>Sur le site du Puits de Calès, deux salles d'opération ont des portes en bois sans joint d'étanchéité. Un « catgutier » non fermé est fixé au mur d'un couloir d'accès aux salles d'opération.</p> <p>Sur le site de Saint-Côme, les salles d'opération sont également munies de portes battantes en bois, et les revêtements muraux (carrelages et surfaces peintes) présentent des aspérités et sont parfois écaillés, ce qui ne permet pas de garantir une qualité de bionettoyage optimale.</p> <p>L'établissement a engagé des travaux, en cours au moment de la visite, visant à la fermeture du bloc du site de Saint-Côme et la rénovation de celui du site du Puits de Calès.</p> <p>La Charte de fonctionnement des blocs opératoires reprend des éléments de la démarche qualité notamment concernant la prise en charge du patient et la logistique, mais il n'existe pas de manuel qualité formalisant une démarche totalement structurée et coordonnée pour l'ensemble de l'activité interventionnelle, en particulier dans la perspective du regroupement des activités sur le site Puits de Calès. Concernant la gestion documentaire, les professionnels interrogés au cours de la visite avaient parfois du mal à retrouver les protocoles et procédures.</p>
<p>La Charte de fonctionnement, définie et validée par un Conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de</p>	<p>Oui</p>	<p>Une Charte de fonctionnement est définie et validée par un conseil de bloc. Ce document précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.</p>

régulation des programmes opératoires.	Oui	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	En grande partie	Une organisation est en place pour assurer la coordination entre les différents secteurs et les différents professionnels sur la prise en charge périopératoire en secteur d'hospitalisation complète et ambulatoire. Cependant, sur le site du Puits de Calès, plusieurs fiches d'anesthésie dans les services de chirurgie A et B ne comportent pas la validation de la visite préanesthésique. Sur le site Saint-Côme, deux dossiers ambulatoires montrent des pratiques de signature anticipée du document « d'aptitude à la rue » par les praticiens anesthésistes ou chirurgiens responsables. L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » avec une valeur de 87 % avec un intervalle de confiance de [83 % - 90 %] pour la campagne de recueil 2011.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	Partiellement	Il existe un système d'information au bloc opératoire qui permet la gestion des soins. Cependant, il n'est pas intégré au système d'information hospitalier. À noter que l'établissement ne recueille pas l'indicateur « Hôpital numérique », « Taux d'interventions au bloc opératoire planifiées à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation ».
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	L'activité de régulation du bloc est assurée par le cadre du bloc opératoire et une réunion hebdomadaire de programmation. Le respect du programme fait l'objet d'un suivi. Les dysfonctionnements sont identifiés et traités.

La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	Oui	La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en place et est utilisée. Elle prévoit les modalités de traçabilité de la vérification. Son utilisation a fait l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	Oui	L'établissement a mis en place un dispositif permettant la traçabilité sur support papier des DMI et des actes. Le dossier patient contient notamment la traçabilité des DMI, des actes et des vérifications effectuées.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	En grande partie	Les professionnels s'appuient sur des procédures et protocoles issus de documents actualisés. Cependant, certaines pratiques observées ne respectent pas les attendus : plusieurs fiches d'anesthésie sans validation de la visite préanesthésique ; signature anticipée du document « d'aptitude à la rue ».
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	Il existe un tableau de bord d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. L'analyse des indicateurs et des fiches d'événements indésirables (RMM) donnent lieu à des actions d'amélioration. Le retour d'expérience est organisé. Un plan d'amélioration défini est mis en œuvre.

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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



Cotation		B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	Partiellement	L'activité d'endoscopie est réalisée principalement en ambulatoire sur le site de Saint-Côme et minoritairement en hospitalisation complète ou ambulatoire sur le site du Puits de Calès. Les points critiques des processus à risque des blocs opératoires et de l'activité d'endoscopie ont été identifiés, mais de manière globale au moyen d'une cartographie des risques finalisée en 2013. Il n'y a pas de différenciation suivant les sites et les types de prise en charge. Des actions d'amélioration prioritaires ont été repérées, mais le programme d'action de réduction des risques n'est pas finalisé. L'établissement prévoit une révision de la cartographie après centralisation de l'ensemble de l'activité endoscopique sur le site de Puits de Calès fin 2014.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	Partiellement	La démarche qualité inclut l'engagement de la Direction, l'existence d'un système documentaire, l'organisation du secteur, les ressources humaines (formation, sécurité au travail), la gestion des installations et endoscopes, la gestion de l'air et déchets de soins, la prise en charge du patient et son suivi (parcours du patient en secteur ambulatoire), la

	Partiellement	<p>gestion des risques ainsi que l'information du patient en cas de dommage associé aux soins, les outils de suivi et d'évaluation. Un audit de la procédure de décontamination des endoscopes a été réalisé en 2013 sur le site du Puits de Calès. Cependant, sur le site de Saint-Côme, site principal d'endoscopie, les salles interventionnelles sont munies de portes battantes en bois, et les revêtements muraux (carrelages et surfaces peintes, parfois écaillés) présentent des aspérités, ce qui ne permet pas de garantir une qualité de bionettoyage optimale.</p> <p>L'établissement a engagé des travaux, en cours au moment de la visite, visant à la fermeture du bloc du site de Saint-Côme et à la rénovation de celui du site du Puits de Calès.</p> <p>La Charte de fonctionnement des blocs opératoires reprend des éléments de la démarche qualité mais il n'existe pas de manuel qualité formalisant une démarche totalement structurée et coordonnée pour l'ensemble de l'activité endoscopique dans la perspective de son transfert vers le site Puits de Calès.</p>
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	Oui	Des modalités d'échanges d'informations avec les différents intervenants dans la prise en charge du patient sont en place. Le support principal est le dossier-patient ambulatoire qui comporte la traçabilité des différentes étapes de la prise en charge.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	En grande partie	Le système d'information du secteur est en place et permet la gestion des soins. Cependant, il n'est pas intégré au système d'information hospitalier.
<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.	Oui	Le cadre de santé, responsable de la régulation des activités, est identifié. Il élabore le planning des patients compte tenu de critères précis pour les actes programmés (patients ambulatoires). Il dispose d'outils de suivi.

Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les professionnels appliquent des procédures réglementaires ou issues de documents de référence nationaux et internationaux, actualisés et validés telles que la check-list sécurité.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	Les professionnels concernés assurent la traçabilité respective des DMI (prothèses, implants, etc.), des actes d'endoscopie et des vérifications effectuées dans le cadre de la check-list sécurité validée éditée sous forme papier, dont un exemplaire est conservé dans le dossier patient.
<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 œuvre d'actions d'amélioration.	Oui	Il existe un dispositif de déclaration des événements indésirables et les événements porteurs de risques associés aux soins. Il existe une organisation permettant de conduire une analyse méthodique de ces événements (EI et EPR) afin de définir les actions d'amélioration (RMM). Le retour d'expérience est opérationnel.
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	Oui	Les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, définies suite aux différentes évaluations, sont mises en œuvre et suivies.

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

### Critère 26.c

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

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, et sont formés, notamment en matière d'information des familles.	Oui	
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	Pas de prélèvement d'organes réalisés par le CH.
<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 œuvre.	Partiellement	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	--

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

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

## PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.a

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



Cotation		B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.	En grande partie	La mise en œuvre des EPP repose sur les responsables de projet répartis dans les différents secteurs d'activité. Cependant, la Commission EPP n'a pas formalisé l'organisation permettant d'identifier les personnes ressources, les processus et circuits permettant de garantir, de manière pérenne, le déploiement de l'EPP dans tous les pôles ou services.	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	Oui		
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire » et de sa valeur de 75 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [64 %–86 %] pour la campagne de recueil 2011. L'établissement n'a pas défini et mis en œuvre un plan d'actions structuré associé à cet indicateur.	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	

Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP.	Oui	
L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.	En grande partie	L'établissement met en œuvre un processus d'information des professionnels sur le déploiement de l'EPP et les résultats obtenus (réunion CME, réunions de cadres, lettre qualité, etc.). Cependant, le dispositif d'information n'est pas complètement structuré (objectifs fixés, cibles identifiées, moyens de communication adaptés, etc.) et déployé au niveau des différents pôles ou services. Les professionnels concernés ne sont pas tous informés des EPP en cours.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	En grande partie	
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Partiellement	Le dispositif est trop récent pour permettre une évaluation globale de l'efficacité de l'organisation mise en place. La Commission EPP est consciente de la nécessité de disposer d'un outil d'évaluation de l'adhésion des professionnels médicaux et paramédicaux aux démarches EPP, en particulier dans l'optique du déploiement du DPC.

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.b Pertinence des soins

**Cotation**

C

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Partiellement

Il n'y a pas de réflexion formalisée, concertée et périodique, qui permette, selon une méthode définie, d'identifier les enjeux liés à la pertinence des soins au sein des différents secteurs.  
L'établissement a identifié en 2009 une revue de pertinence en imagerie et une revue de pertinence médicamenteuse.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Partiellement

Il n'y a pas de déploiement de revues de pertinence dans les différents secteurs identifiés par une réflexion concertée et périodique de la Commission EPP. L'établissement a mené à terme en 2009 une revue de pertinence en imagerie, et débuté en 2009 une revue de pertinence médicamenteuse qui était au moment de la visite au niveau de l'étape 3.

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

Oui

#### E3 Evaluer et améliorer

#### Réponses aux EA

#### Constats

<p>Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique assurent le suivi des actions d'amélioration et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>En l'absence de déploiement de revues de pertinence dans les différents secteurs identifiés par une réflexion concertée et périodique de la Commission EPP, il n'y a pas de mesures d'impact possible dans les différents pôles ou services. Le suivi de la revue de pertinence médicamenteuse en cours est assuré.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	En grande partie	En dehors des indicateurs IPAQSS, l'établissement recueille quelques indicateurs de pratique clinique. Cependant, l'établissement n'a pas identifié, selon un processus structuré, les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard des indicateurs déjà existants au niveau des secteurs et des nouveaux indicateurs à promouvoir en fonction de ses activités cliniques.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	En grande partie	L'établissement recueille les indicateurs TRE « Traçabilité du risque d'escarres » en SSR et l'indicateur « Prise en charge initiale de l'AVC » et l'indicateur « Hémorragie du post-partum en MCO » et un indicateur mesurant la qualité de « L'appel du lendemain en chirurgie ambulatoire ».
Une démarche d'amélioration est mise en œuvre à partir du recueil des indicateurs, lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

## 6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_493937/ipaqs-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqs-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-)

### Éléments de lecture du tableau

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

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

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

### Remarque :

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

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

# Etablissement : CENTRE HOSPITALIER DE MILLAU (120004528)

## Résultats des indicateurs de qualité Dossier du Patient - Champ MCO

### Référence Nationale

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

### Etablissement : CENTRE HOSPITALIER DE MILLAU (120004528)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier patient (score sur 100)	63 [58 - 67]	●	(-)	NA	58 [54 - 63]	●	(-)	NA	64 [60 - 68]	●	(-)	→				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	39% [28% - 49%]	●	(-)	NA	31% [21% - 41%]	●	(-)	→	30% [20% - 40%]	●	(-)	→				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	54% [43% - 65%]	●	(-)	NA	71% [61% - 81%]	●	(=)	→	78% [68% - 87%]	●	(=)	→				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	83% [74% - 91%]	●	(=)	NA	84% [76% - 92%]	●	(=)	→	91% [85% - 97%]	●	(+)	→				

## Etablissement : CENTRE HOSPITALIER DE MILLAU (120004528)

### Résultats des indicateurs de qualité Dossier d'anesthésie - Champ MCO

#### Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2009			Année 2010			Année 2011			Année 2012		
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre
	Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur	
Tenue du dossier d'anesthésie (score sur 100)	1015	75	NA	1012	80	80	1004	84	80			

#### Etablissement : CENTRE HOSPITALIER DE MILLAU (120004528)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier d'anesthésie (score sur 100)	85 [82 - 89]		NA	NA	81 [78 - 84]		(=)	→	87 [83 - 90]		(+)	→				





## 7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

**BILAN DES CONTRÔLES EFFECTUÉS ET INSPECTIONS CONCERNANT LA SÉCURITÉ SANITAIRE**  
**(Uniquement effectués par organismes et autorités externes)**  
**Site Puits de Calès (site principal) : N° FINESS 12 000 4569**

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	DRASS	12/1996	X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	X	X	<input type="checkbox"/>	-02/12/1996 Rapport de visite de l'Inspection régionale de pharmacie Centralisation de la préparation des chimiothérapies à la pharmacie réalisée après la visite. 2013/2014 projet d'extension et mise aux normes de la PUI en cours de validation par l'ARS.
Stérilisation des dispositifs médicaux	DRASS/ARH	06/2005	<input type="checkbox"/>	X	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-14/06/2005 visite pharmacien inspecteur et 05/07/2005 autorisation ARH exercice de stérilisation
Désinfection des dispositifs médicaux	Aucun contrôle		<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	COFRAC	Janvier 2014	X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	X	X	<input type="checkbox"/>	Les écarts non critiques constatés lors de l'accréditation du laboratoire en janvier 2013 par le COFRAC ont été levés. Nouvelle accréditation par le COFRAC a eu lieu en janvier 2014. Cf SH-13-0264-A-Rapport
Infrastructures	APAVE ASCENSEUR APAVE RADIOPROTECTION SUD AVEYRON RAMONAGE LINDE FLUIDE MEDICAUX SPIE GROUPE ELECTROGENE VEOLIA MET	20 SEPTEMBRE 2012 17 NOVEMBRE 2012 10 JUILLET 2012 23 24 MAI 2012 18 OCTOBRE 2012 3 AVRIL 2013 21 MAI 2013	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Cf. rapports PdCalèsRamonage2014 : plus de réserve.  PdCalèsGe2012 : pas de réserve à proprement parler, seulement des informations.
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans - Catégorie 5 : absence de visite	commission de sécurité APAVE TRIENNALE SIEMENS SSI SICLI EXTINCTEUR	21 JUIN 2012 25 OCTOBRE 2012 25 OCTOBRE 2012 19 SEPTEMBRE 2012	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Désenfumage en médecine A en juillet 2014, alarmes sélectives en Médecine, Bloc et Pharmacie, mise aux normes partielle, Travaux en chirurgie Ambulatoire : levée de réserves. Cf. extrait compte-rendu de chantier du 09/09/2014 : PdCalèsChirAmbuDésenfumage qui atteste que ces travaux ont été réalisés.
Sécurité électrique	APAVE	25 AVRIL 2013	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cf. rapports PdCalèsApaveCdwElec 2012 et 2014 : 15 réserves levées.
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	DSV Labo Eurofins	24/09/2012 Avril 2013	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Avril 2013 : prélèvement microbiologiques Levée des réserves en cours.

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Eaux à usage médical	Aucun contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage technique	EUROFIN	25 MARS 2013	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de recommandation, erreur de remplissage de la fiche interface, cf. analysesEauOsmoséeSté25032013.
Eaux chaudes sanitaires	EUROFIN	25 MARS 2013	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de recommandation, erreur de remplissage de la fiche interface, cf. PdCalèsanalusesEcs25032013.
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	ADR CONSEIL	8 MARS 2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrôles en mai 2013 par ADR Conseil et 21 mai 2014. Pas de recommandations lors de ces contrôles.
Déchets à risques radioactifs	ARS	24/11/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protocole en cours L'établissement n'a pas de déchet radioactif
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides	ARS	24/11/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits sanguins labiles	EFS	Décembre 2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le rapport de l'EFS de décembre 2012 a été reçu par l'établissement. Aucune recommandation n'a été faite. Nouvelle visite de contrôle a eu lieu par l'ARS le 12/06/2014, en attente du rapport.
Sécurité anesthésique	Aucun contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secteur opératoire	EUROFIN	25 MARS 2011	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imagerie et exploration fonctionnelle	ASN	1-2/09/2008	X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inspection sur le thème de la radioprotection : protection contre les rayonnements ionisants
Radiothérapie	Non concerné	Non concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	APAVE	13 AOUT 2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides	Voir site Puits de Calès (site principal)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits sanguins labiles	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité anesthésique	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secteur opératoire	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imagerie et exploration fonctionnelle	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiothérapie	Non concerné	Non concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	APAVE	1 SEPTEMBRE 2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Sécurité anesthésique	Voir site Puits de Calès (site principal)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secteur opératoire	Voir site Puits de Calès (site principal)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imagerie et exploration fonctionnelle	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiothérapie	Non concerné	Non concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	SOCOBOIS	05 JANVIER 2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	







DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Sécurité anesthésique	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secteur opératoire	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imagerie et exploration fonctionnelle	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiothérapie	Non concerné	Non concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	APAVE	6 NOVEMBRE 2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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

Libellé de(s) décision(s) <i>(avec indication des références et critères concernés)</i>	Suivi réalisé par l'établissement Oui / Non / En cours	Commentaire synthétique de l'établissement
/		

#### COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT

Site Puits de Calès (site principal) : N° FINESS 12 000 4569 – Millau 12100  
 Site Sainte Anne – N° FINESS : 120783097 et 120001839 – Millau 12100  
 Site Saint Côme – N° FINESS : 120780325 – Millau 12100  
 Site Centre de santé mentale adulte – N° FINESS : 120786249 – Millau 12100  
 Site CMP / HdJ Millau (Psychiatrie infanto-juvénile) – N° FINESS : 120006952 – Millau 12100  
 Site CMP Saint Affrique (psychiatrie adulte) – N° FINESS : 120006945 – Saint Affrique 12400  
 Site CATTP Millau (Psychiatrie adulte) – N° FINESS : 120006937 – Millau 12100  
 Site Ateliers polyvalents Millau (Psychiatrie adulte) – N° FINESS : en attente – Millau 12100  
 Site CMP Saint Affrique (Pédo-psychiatrie) – N° FINESS : 120006960 – Saint Affrique 12400  
 Site Hôpital de Jour Saint Affrique (Psychiatrie adulte) – N° FINESS : 12 000 1888 – Saint Affrique 12400  
 Site RASTA (Pédo psychiatrie) – N° FINESS : en attente – Millau 12100

Demande de numéro de FINESS faite auprès de l'ARS en avril/mai 2013