



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left side of the page, dips down in the middle, and then rises back up towards the right side.

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAUDUN

Route de Jallans

28205 Châteaudun

SEPTEMBRE 2012

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	8
2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	13
1. Niveau de certification	14
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	16
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	17
4. Critères investigués lors de la visite de certification	18
5. Suivi de la décision	20
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	21
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	24
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	26
3. Regard Patient	28
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	28

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	36
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	38
PARTIE 1. Management stratégique	39
PARTIE 2. Management des ressources	64
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	105
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	133
PARTIE 1. Droits et place des patients	134
PARTIE 2. Gestion des données du patient	207
PARTIE 3. Parcours du patient	228
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	334
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	352
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	360
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	362

PREAMBULE

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

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

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

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAUDUN

Adresse : Route de Jallans Bp 10110
28205 Chateaudun EURE-ET-LOIR

Statut : Public

Type d'établissement : Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	104	6	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	50	0	0
Soins de longue durée	40	0	0

Nombre de sites.:	3 sites. route de Jallans : MCO, SSR, USLD et EHPAD. rue Fédé : EHPAD. IFSI.
Activités principales.:	Accueil et traitement des urgences ; Médecines à orientation gastro-entérologique, pneumologique, cardiologique, court séjour gériatrique ; Gynécologie-obstétrique ; Chirurgie ambulatoire ; Soins de suite et de réadaptation ; USLD ; EHPAD ; Chimiothérapie ; consultations externes ; Imagerie médicale ; Intervention en unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) auprès du centre pénitentiaire situé sur l'agglomération.
Activités de soins soumises à autorisation.:	Activités de médecine. Activité de Gynécologie/Obstétrique. Activité de chirurgie ambulatoire. Activité de SSR. Activité de médecine d'urgence. Activité d'imagerie médicale : scanner.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	Pour mémoire, accréditation de l'activité de biologie médicale réalisée au centre hospitalier régional d'Orléans suite au rattachement de l'unité de biologie médicale du centre hospitalier de Châteaudun à celle du pôle de biologie médicale du centre hospitalier régional d'Orléans (cf. Convention de gestion en date du 20 janvier 2011).

Coopération avec d'autres établissements.:

1- Conventions :

- Conventions avec le Centre hospitalier de Chartres.
- Convention constitutive d'une collaboration médicale dans le domaine de la cardiologie entre le Centre hospitalier de Châteaudun et le Centre hospitalier de Chartres (1er avril 1999).
- Convention constitutive d'une collaboration médicale en matière d'urologie entre le Centre hospitalier de Châteaudun et le Centre hospitalier de Chartres (08 avril 1999).
- Convention sur la fourniture de produits sanguins labiles pour les cas d'urgences vitales (1er juin 1999).
- Convention pour les urgences pédiatriques (06 décembre 1999).
- Convention pour les urgences néphrologiques (21 décembre 1999).
- Convention « GIE IRM Sud 28 » entre le Centre hospitalier de Châteaudun et le Centre hospitalier de Chartres (10 août 2000).
- Convention réseau de Périnatalité : transferts in utero et néonataux entre le Centre hospitalier de Châteaudun et le Centre hospitalier de Chartres (20 janvier 2004).
- Convention de coopération relative à la prise en charge des patients provenant du Centre hospitalier de Châteaudun par le service de réanimation du Centre hospitalier de Chartres (25 mai 2004).
- Convention relative à une consultation avancée d'oncologie entre le Centre hospitalier de Chartres et le Centre hospitalier de Châteaudun (10 janvier 2005).
- Convention constitutive d'une collaboration médicale dans le domaine de la pédiatrie entre le Centre hospitalier de Châteaudun et le Centre hospitalier de Chartres (21 avril 2005).
- Convention de prise en charge en unité de soins intensifs en cardiologie (03 octobre 2008).

Conventions avec le Centre hospitalier de Dreux

- Convention de coopération entre le SMUR du Centre hospitalier de Châteaudun et le SAMU d'Eure-et-Loir géré par le Centre hospitalier de Dreux (03 mars 2000).
- Convention de coopération interhospitalière relative à la prise en charge par la réanimation du Centre hospitalier de Dreux de patients en provenance du Centre hospitalier de Châteaudun (06 juillet 2004).
- Convention relative à la prise en charge par la réanimation du Centre hospitalier de Dreux (Unité de Soins Intensifs en Neurologie) de patients du Centre hospitalier de Châteaudun (06 juillet 2004).
- Convention constitutive du réseau de prélèvement d'organes et de tissus entre le Centre hospitalier de Dreux et le Centre hospitalier de Châteaudun (1er juin 2008).
- Convention d'organisation des transports médicalisés en Eure-et-Loir entre les Centres hospitaliers de Chartres, Châteaudun, Dreux et Nogent-le-Rotrou (03 avril 2009).

Conventions avec le Centre hospitalier Henri Ey de Bonneval

- Convention avec le Centre hospitalier Henri Ey pour la psychiatrie (10 mai 2000).
- Convention relative aux échanges de prestations entre le Centre hospitalier de Châteaudun et le Centre hospitalier Henri Ey (18 novembre 2005).
- Activité de sismothérapie en partenariat avec le Centre hospitalier Henri Ey (Juillet 2010).

Conventions avec le Centre hospitalier régional d'Orléans

- Convention réseau périnatalité : transferts in utero et néonataux entre le Centre hospitalier de Châteaudun et le Centre hospitalier régional d'Orléans (2004).
- Convention de gestion du Laboratoire de biologie médicale avec le CHR d'Orléans (20 janvier 2011).

Conventions avec le Centre hospitalier régional universitaire de Tours

- Convention de relais régional du CCLIN-OUEST (04 août 1998).
- Adhésion au réseau régional pour l'accueil et la prise en charge des violences sexuelles, Centre hospitalier universitaire de Tours (09 décembre 1999).
- Charte du réseau de soins périnataux de la Région Centre (juillet 2001).
- Convention de prise en charge des urgences neuro-vasculaires (17 décembre 2008).

Conventions avec la clinique Saint-Cœur de Vendôme

- Convention de complémentarité entre le Centre hospitalier de Châteaudun et la clinique Saint Cœur de Vendôme (17 mars 2009).

Autres conventions

- Réseau régional de cancérologie du Centre agréé par l'ARH du Centre (octobre 2000).
- Convention de relations de partenariat entre le Centre hospitalier de Châteaudun et le CALME pour la prise en charge des patients du CALME en service de médecine à orientation gastro-entérologique (07 mars 2000).
- Convention Réseau régional de soins palliatifs (août 2005).
- Convention de coopération entre le Centre hospitalier de Châteaudun et la clinique de soins de suite « Les Sorbiers » à Jallans en vue de l'admission eu Centre hospitalier de Châteaudun des malades en provenance de la clinique et nécessitant des soins d'urgence médicaux ou chirurgicaux (2007).
- Réseau santé-social de l'arrondissement de Châteaudun (février 2008).
- Réseau Alzheimer des Professionnels de Proximité d'Eure-et-Loir (mai 2009).
- Communauté Hospitalière de Territoire entre les Centres hospitaliers de Chartres, Nogent-le-Rotrou et Châteaudun (21 mars 2011).

2- Contrats relais

- Contrat relais concernant l'urgence psychiatrique entre le Centre hospitalier de Châteaudun et le Centre hospitalier Henri Ey de Bonneval (10 mai 2000).
- Contrat relais entre l'UPATOU du Centre hospitalier de Châteaudun et le SAU du Centre hospitalier de Chartres (13 décembre 2002).
- Contrat relais entre l'UPATOU du Centre hospitalier de Châteaudun et la Polyclinique des Longues Allées à Saint-Jean-de-Braye pour la prise en charge des traumatismes de la main justifiables d'un acte de diagnostic ou de traitement spécialisé immédiat (06 mai 2003).
- Contrat relais concernant l'implantation de pace-maker entre le Centre hospitalier de Châteaudun et la clinique Saint-François de Mainvilliers (2007).

Regroupement/Fusion.:	Constitution en cours d'une Communauté hospitalière de territoire entre les centres hospitaliers de Chartres, Nogent-le-Rotrou et Châteaudun dans le respect de l'identité juridique propre des centres hospitaliers partenaires.
Arrêt et fermeture d'activité.:	Arrêt de la chirurgie conventionnelle en avril 2009.
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Création de nouvelles activités : - consultations d'ORL, d'urologie, de chirurgie vasculaire. Reconversion :

- opération de fongibilité de 20 lits de chirurgie conventionnelle en 20 lits de SSR, au 1er mai 2009 ;
- reconnaissance de 6 lits identifiés en soins palliatifs en juillet 2010 ;
- modification du programme capacitaire : réduction effective, au 1er janvier 2011, du nombre de lits en USLD de 100 à 40 au bénéfice du secteur médico-social (EHPAD).

2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1.Niveau de certification

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

Décisions

RESERVE(S)

1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles) .

15.a Court Séjour (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) ;15.a Soins de suite et/ou de réadaptation (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) .

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

RECOMMANDATION(S)

1.c (Démarche éthique) ;1.g (Développement d'une culture qualité et sécurité) .

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

11.c Court Séjour (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) ;11.c Soins de longue durée (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) ;11.c Soins de suite et/ou de réadaptation (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) .

12.a Court Séjour (Prise en charge de la douleur) ;12.a Soins de longue durée (Prise en charge de la douleur) ;12.a Soins de suite et/ou de réadaptation (Prise en charge de la douleur) .

14.a Court Séjour (Gestion du dossier du patient) ;14.a Soins de longue durée (Gestion du dossier du patient) ;14.a Soins de suite et/ou de réadaptation (Gestion du dossier du patient) .

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

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) .

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

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

28.a (Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles) .

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:

- la sécurité incendie : la mise en conformité des locaux à sommeil est réalisée, les travaux sur le plateau technique sont en cours. La réception globale des travaux aura lieu au cours du second semestre 2012, avec une demande de passage de la commission de sécurité incendie.
- la restauration : les travaux de mise en conformité de la cuisine ont été réalisés. Des sols se sont dégradés depuis, ont conduit à une non-conformité mineure. L'établissement a demandé et reçu des devis en vue de leur réfection.

À noter : l'établissement n'a pas pris en compte des recommandations émises par le contrôleur sur les infrastructures du bâtiment d'USLD (distance entre les deux chaudières trop faible). La mise en oeuvre de ces travaux dans ce bâtiment appartenant au conseil général touche à la conception initiale du bâtiment et, en attente de développement d'autres énergies, l'établissement a choisi de ne pas les réaliser.

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 17/04/2012 au 20/04/2012.

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

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.b, 1.c, 1.d, 1.f, 1.g, 2.a, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

4.b, 5.a, 5.b, 6.f, 7.c, 7.d

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.b Soins de longue durée, 10.d Soins de longue durée, 10.e Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.a Soins de longue durée, 11.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.c Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.c Court Séjour, 11.c Soins de longue durée, 12.a Soins de longue durée, 12.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 12.a Court Séjour, 13.a Court Séjour, 13.a Soins de longue durée, 13.a Soins de suite et/ou de réadaptation

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

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

PARCOURS DU PATIENT

16.a Court Séjour, 17.a Court Séjour, 19.a Personnes démunies, 19.a Personnes âgées, 19.a Personnes atteintes d'un handicap, 19.b Soins de longue durée, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.b Court Séjour, 20.a Court Séjour, 20.a Soins de longue durée, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a bis Court Séjour, 20.a bis Soins de longue durée, 20.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.b Court Séjour, 20.b Soins de longue durée, 22.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 24.a Court Séjour, 24.a Soins de longue durée, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

L'établissement fera l'objet d'une visite de suivi dans un délai de 12 mois sur l'ensemble de ses réserves. L'établissement a la possibilité de lever tout ou partie de ses recommandations par le biais de 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)
- 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)
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge médicamenteuse du patient (20.a bis)
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25.a)
- Organisation du bloc opératoire (26.a)
- Organisation des autres secteurs

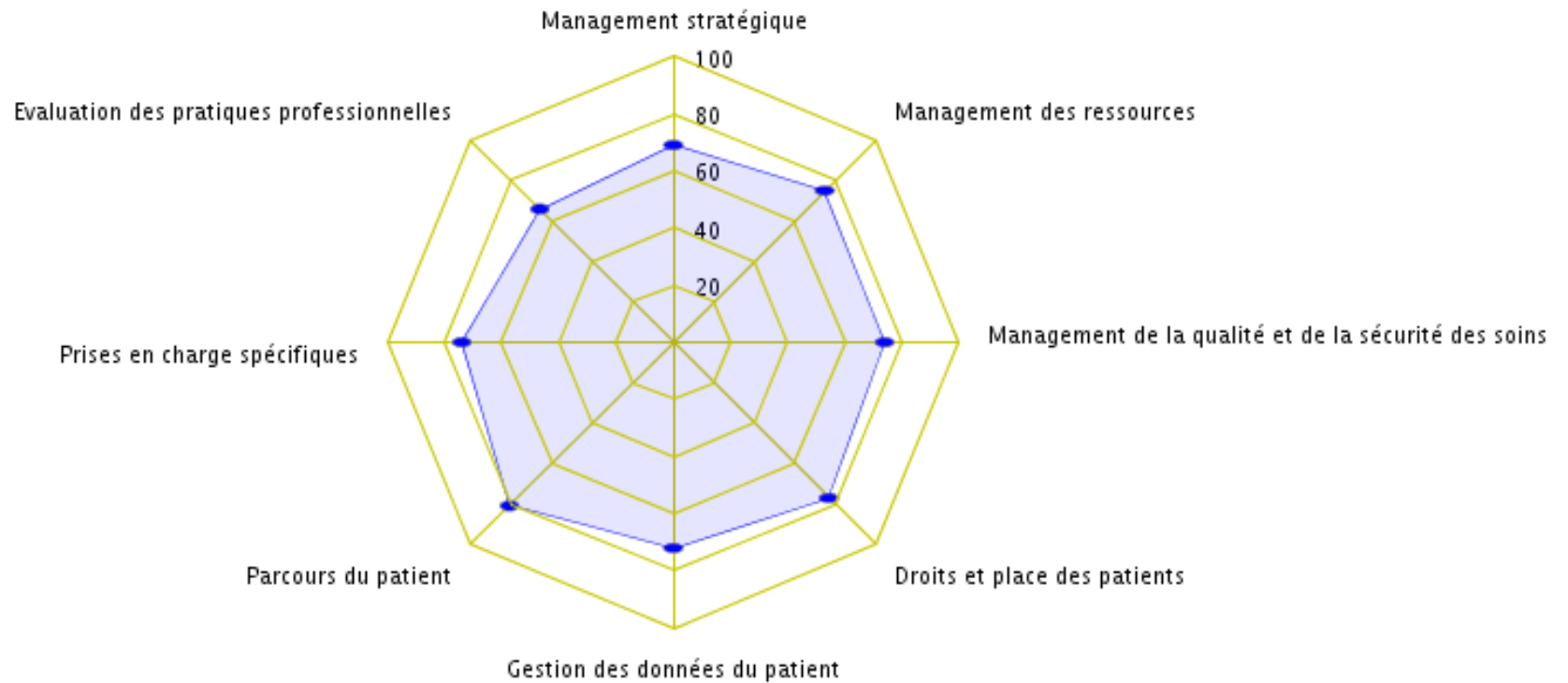
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

[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 :

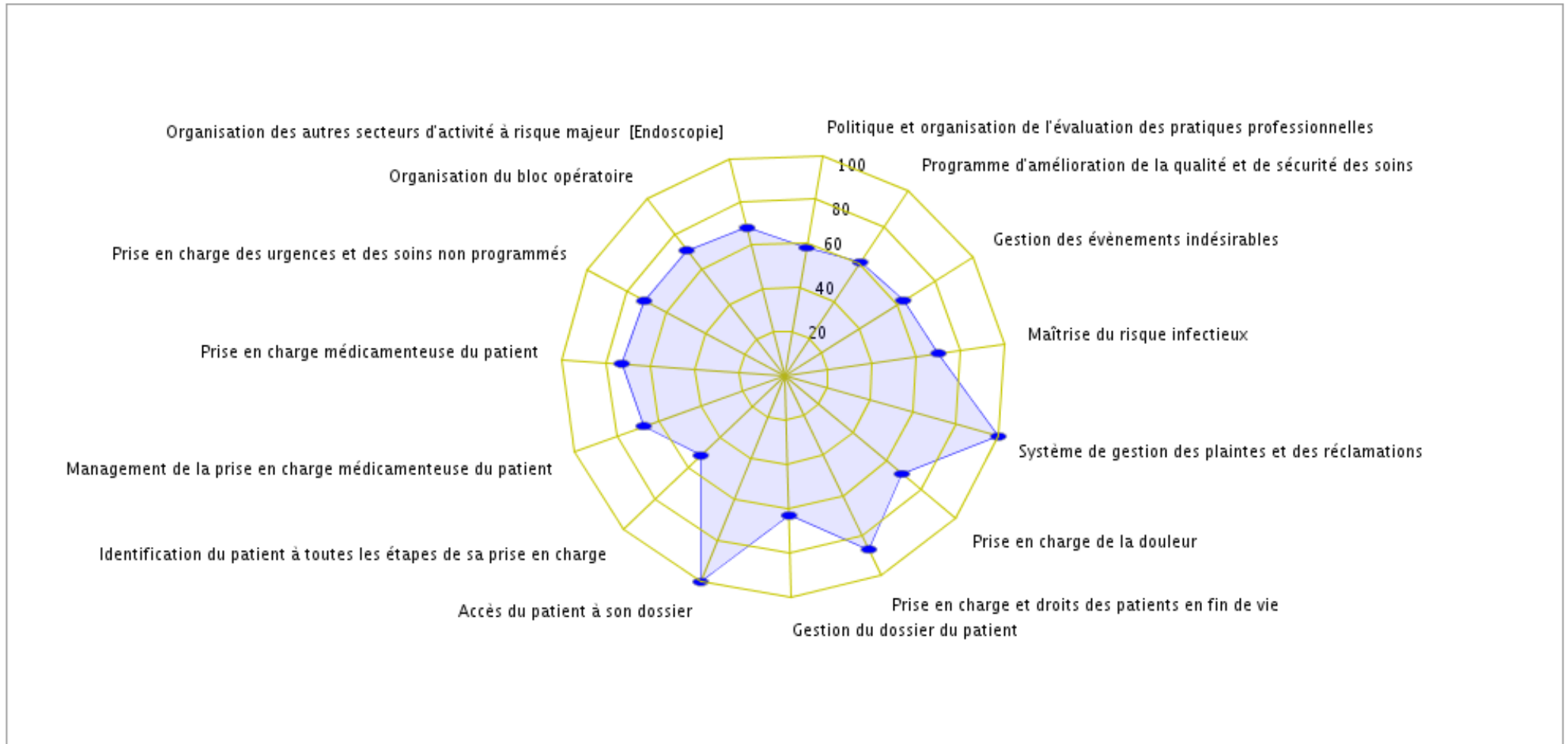
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

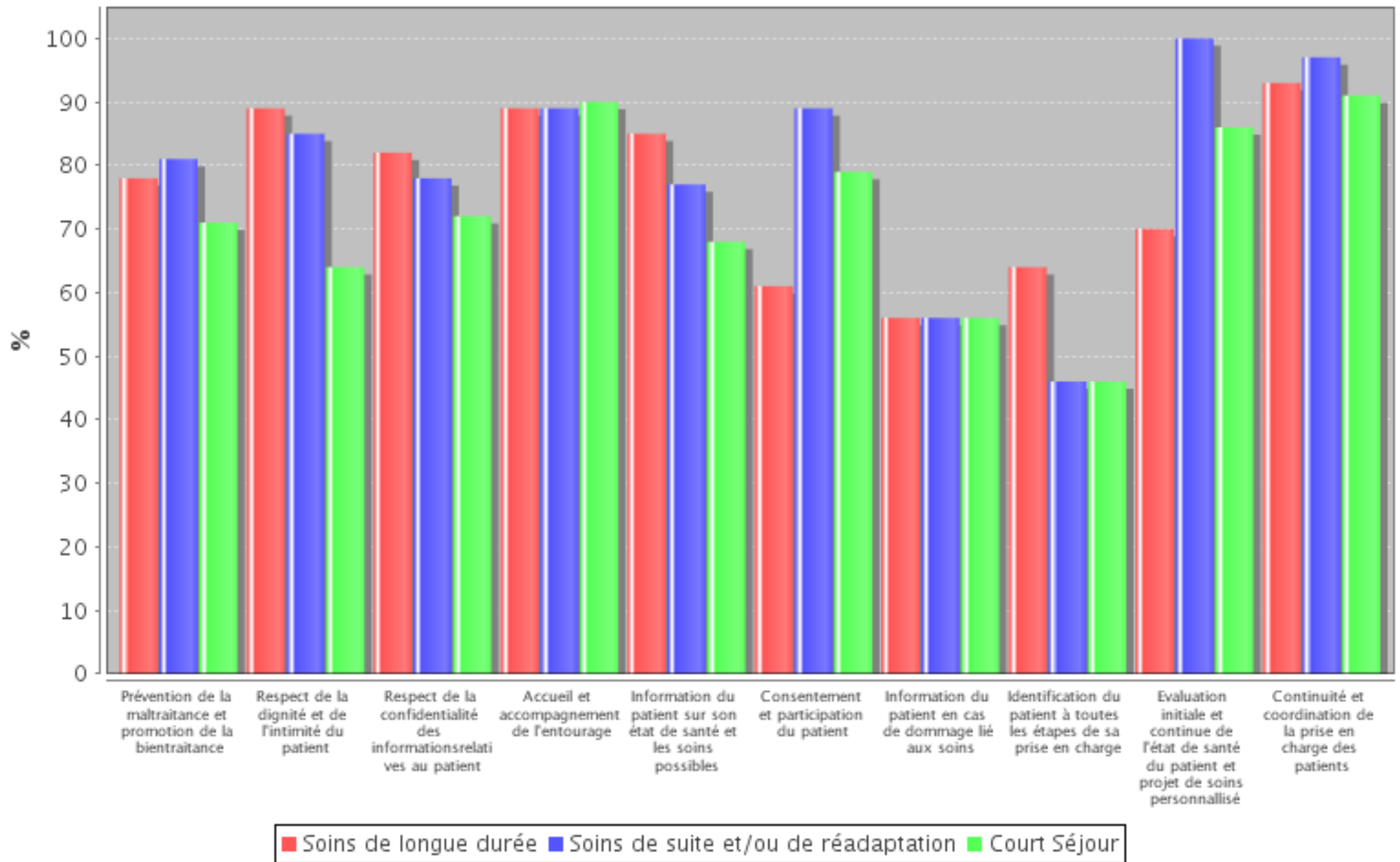


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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
1a (Les orientations stratégiques prennent en compte les besoins de la population en termes de soins et de prévention.) ; 1c (La direction, les instances délibératives et consultatives et les responsables des secteurs d'activité définissent et mettent en oeuvre les orientations stratégiques.) ; 1d (Les responsables pilotent leurs secteurs d'activité en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.).	Type 1	Oui	Les orientations stratégiques sont définies et sont en lien avec le territoire de santé et l'ARS. Elles ont été validées par les instances. Les pôles ont été définis et les responsables nommés, les contrats sont en cours d'élaboration. Les indicateurs et tableaux de bords utiles au pilotage de l'établissement sont mis en oeuvre à travers la comptabilité analytique. Un contrat d'objectif et de moyens est en cours de réalisation.
2c (La participation des représentants des usagers à la politique d'amélioration des services rendus de l'établissement est organisée.).	Type 1	Oui	Les représentants des usagers font partie de la CRUQPC. Ils participent à l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins. Ils reçoivent systématiquement une invitation et l'ordre du jour des réunions de la CRUQPC. La note d'information sur la CRUQPC, diffusée dans tout l'établissement, précise les noms des représentants des usagers. Ils sont directement sollicités par des patients. Les représentants des usagers ont participé à différents groupes de travail: l'élaboration du formulaire et de l'affiche sur la personne de confiance, la ré-actualisation du livret d'accueil, le groupe de réflexion sur l'accueil aux urgences, la mise à jour du règlement intérieur. Ils ont participé à la relecture de l'auto-évaluation de l'établissement.
5a (La direction et les responsables développent une politique de communication interne.) ; 5b (La	Type 1	Oui	La politique de communication est placée sous la responsabilité du directeur de l'établissement. L'équipe de direction a en charge sa mise en oeuvre. La politique de

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
direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.).			communication interne et externe a été redéfinie (compte tenu des orientations stratégiques) au sein du nouveau projet d'établissement 2012–2016, lui-même en cours de formalisation. Un site internet a été créé ainsi qu'un site intranet. Des dossiers de presse sont diffusés et publiés dans les médias locaux. L'établissement envisage de reprendre l'édition du journal interne.
6a (La direction et les instances définissent les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.).	Type 1	Oui	Un document de politique Qualité et Sécurité des Soins a été présentée et validée aux instances du 24 octobre 2011 (Directoire, CME, CTE, Comité de Direction). Il y est défini les objectifs de l'établissement dans ce domaine.
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	Oui	L'établissement dispose d'un programme Qualité et Sécurité des Soins qui comporte des objectifs précis. Il a été élaboré à partir de l'auto-évaluation, des résultats des audits, des programmes d'amélioration du CLIN, du COMEDIMS et de la CRUQPC. Les principales recommandations issues des contrôles réglementaires sont prises en compte.
11b (La gestion des risques est organisée et coordonnée.).	Type 1	En cours	Une gestionnaire de risque est désignée ainsi que le médecin coordonnateur des risques liés aux soins. Le COVIRIS en charge des vigilances et une cellule de gestion des risques sont en place. Les missions des différents acteurs et instances ne sont pas clairement définies.
15c (La maintenance et le contrôle de la qualité de l'air sont adaptés aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées.).	Type 1	En cours	Des contrôles dans les secteurs sensibles sont effectués à périodicité définie. Un contrat de maintenance pour l'isolateur de l'Unité de Reconstitution des Chimiothérapies est mis en œuvre.

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
			Les travaux relatifs à la mise aux normes des salles du bloc opératoire par rapport au renouvellement de l'air sont prévus en 2013.
27a SLD (Des règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination sont mises en oeuvre pour assurer la continuité des soins.).	Type 1	Oui	Le service d'USLD a été intégré dans le pôle de gérontologie qui le regroupe avec les deux unités fonctionnelles de soins de suite et de rééducation et l'unité de gériatrie aigüe. Les responsabilités ont été définies, un chef de pôle nommé et le contrat de pôle est en phase de finalisation. La permanence des soins est assurée à la fois sur le plan médical dans le cadre de l'ensemble de l'institution et sur le plan infirmier par un recrutement de personnels de nuit affectés à l'USLD ce qui a permis d'améliorer l'administration des médicaments.
31b MCO (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.) ; 31b SSR (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.) ; 31b SLD (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.).	Type 1	En cours	Les conditions de dispensation sont sécurisées en grande partie par l'utilisation de matériels spécifiques permettant un transport fermé depuis la PUI (pharmacie à usage intérieur) jusqu'aux unités fonctionnelles. Néanmoins, le transport vers les services des stupéfiants n'est pas sécurisé puisqu'ils sont confiés sans précaution particulière aux infirmières des unités et que les responsabilités n'en sont pas formalisées.
31c MCO (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.) ; 31c SSR (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.) ; 31c SLD (Les conditions d'administration du médicament au	Type 1	En cours	En USLD, un poste d'infirmier de nuit a été mis en place pour l'administration des médicaments. Du fait de l'absence actuelle d'informatisation de la prescription et de la traçabilité de l'administration du médicament, il existe des difficultés au niveau de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Les taux de conformité des prescriptions restent très bas (10% en MCO, 0% en SSR). Dans certaines unités, des retranscriptions par les IDE existent et ne sont pas toutes contrôlées par une validation médicale. Un support unique

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
patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.).			regroupant la prescription médicale et traçabilité de l'administration des médicaments a été testé il y a 2 ans dans 3 unités de l'établissement. Une évaluation en a été réalisée par les personnels des services concernés après 6 mois de test. Ce support n'a pas été déployé sur les autres secteurs. Néanmoins, le chef de service du pôle gériatrie a envoyé, en mai 2011, un courrier à tous les praticiens du pôle leur demandant de recopier eux-mêmes les prescriptions sur les feuilles de planification des IDE où apparaissent la voie d'administration. Ce dispositif a été opérationnel en juin 2011.
31d MCO (Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment par un personnel habilité.) ; 31d SSR (Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment par un personnel habilité.) ; 31d SLD (Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment par un personnel habilité.).	Type 1	Oui	La procédure de fourniture de médicaments en urgence a été finalisée, validée et diffusée à l'ensemble des personnels. Elle fait appel en premier lieu aux ressources internes. Une convention a été passée avec l'hôpital de Chartres en cas d'impossibilité d'obtention sur place.
43b (Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.) ; 43c (La satisfaction des correspondants externes est évaluée et prise en compte.).	Type 1	En cours	Les délais d'attente sont évalués aux urgences. L'attente en consultations n'est pas évaluée. Le respect des horaires n'est pas évalué au bloc opératoire. Des rencontres avec les praticiens libéraux ont eu lieu. L'établissement envisage de les reprendre de manière structurée. A cette occasion un questionnaire de satisfaction sera remis.
44b (Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des	Type 1	En cours	L'établissement a mis en place une politique d'évaluation des contrats liés aux prestataires externes. Suite à ces

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
secteurs d'activité utilisateurs.) ; 44d (L'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.).			évaluations, des réajustements ou changements de prestataires ont eu lieu lors de certains renouvellements. Cependant, l'établissement n'a pas mis en place d'évaluation par les utilisateurs. L'établissement envisage de le mettre en place courant 2012. L'efficacité du programme d'amélioration, élaboré en vue de la certification, n'a pas encore été réalisée.
09a (une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en restauration)	Type 1	En cours	/

Libellé de la décision V2/V2007	APPRECIATION DE L'ARS	
	Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
09a (une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en restauration)	En cours	<p>Les travaux de mise aux normes de l'unité centrale de production en restauration ont été réalisés. La marche en avant est effective.</p> <p>L'operculage des aliments est en place.</p> <p>Cependant, des sols se sont dégradés (carrelage défectueux) et représentent une gêne au passage des chariots et au nettoyage.</p> <p>L'établissement a prévu la réfection de ces sols dans un avenir proche et a reçu des devis.</p> <p>Les services vétérinaires ont émis un avis de non-conformité mineure de catégorie B de ce fait.</p> <p>La fiche interface a été validée par l'ARS.</p>

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les orientations stratégiques sont élaborées, en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.

En grande partie

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.

Partiellement

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.

Partiellement

L'établissement met en place des partenariats, en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	En grande partie	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	Partiellement	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	Partiellement	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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.

Partiellement

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

En grande partie

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation	C	
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.	Partiellement	Certains projets de prise en charge, mis en œuvre, tiennent compte de façon informelle de la dimension éthique. Cependant, cette dimension n'est pas formalisée ni abordée dans les documents d'orientations stratégiques de l'établissement.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.	En grande partie	Les professionnels de santé sont sensibilisés, si besoin, à la réflexion éthique par le biais des réunions de l'encadrement. Cependant, il n'y a pas d'action de formation planifiée dans l'établissement.

Les questions éthiques se posant au sein de l'établissement sont traitées.	Partiellement	L'équipe d'appui départementale accompagne les équipes sur les questions éthiques au cas par cas. Cependant, cette démarche n'est pas structurée ni systématique.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un état des lieux des questions éthiques, liées aux activités de l'établissement, est réalisé.	Non	L'établissement n'a pas fait d'état des lieux des questions éthiques, liées aux activités de l'établissement.

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.

En grande partie

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.

Non

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.	Oui	
---	-----	--

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.e

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

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

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

La stratégie de développement des EPP est inscrite dans le plan « Politique qualité et gestion des risques 2011-2012 » en date du 28 septembre 2011, ainsi que dans les orientations stratégiques du centre hospitalier de Châteaudun pour la période 2012-2016.

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

Partiellement

Seules, certains secteurs d'activité (par exemple pôle gériatrique, CLIN) ont défini une stratégie en matière d'EPP. Cependant, l'établissement n'a pas mis en place de concertation entre les professionnels des soins, la communauté médicale et les gestionnaires sur la stratégie en matière d'EPP. À ce jour, la CME ne s'est pas impliquée dans la définition de cette stratégie.

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

Les missions et les responsabilités de la directrice des soins, de la responsable qualité et gestion des risques et de la cadre hygiéniste, sont définies en matière d'accompagnement méthodologique des acteurs de l'EPP dans l'établissement. Cependant, l'établissement n'a pas défini les missions et

	Partiellement	responsabilités de la CME, ni de responsables du développement des EPP dans tous les secteurs d'activité.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	La directrice des soins et de la qualité, la responsable qualité et l'IDE hygiéniste sont en charge de l'accompagnement des professionnels dans la mise en œuvre des EPP sur l'établissement.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Partiellement	Le suivi de l'état d'avancement et de l'impact des démarches d'EPP concernant le cadre des infections nosocomiales ou postopératoires est réalisé par le cadre hygiéniste dans le cadre de l'ISCLIN, en liaison avec les personnels des services concernés. D'autres services cliniques suivent et font évoluer leurs pratiques sans que leurs démarches soient formalisées (gynécologie obstétrique par exemple).
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Partiellement	Les professionnels ont été récemment informés, via les instances de l'établissement, de la stratégie retenue en matière de développement des EPP. Néanmoins, l'exhaustivité de l'information n'est pas totale du fait de la mise en veille de la sous-commission EPP et de la non-implication de la CME, à ce jour, dans les démarches EPP de l'établissement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Les instances de l'établissement sont destinataires du déploiement et des résultats des démarches EPP réalisées dans l'établissement.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Partiellement	Le suivi de l'état d'avancement et de l'impact des démarches d'EPP concernant le cadre des infections nosocomiales ou postopératoires sont révisées et amènent à la mise en place d'actions d'amélioration dans le cadre des orientations de l'ISCLIN et du réseau hygiène de la région Centre. Dans les

Partiellement	autres secteurs, il n'apparaît pas de suivi et d'évolution des stratégies d'EPP.
---------------	--

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.

En grande partie

L'établissement a engagé une politique de sensibilisation à la déclaration des événements indésirables. Des auditeurs sont formés et impliqués lors des audits (hygiène, escarres, IPAQSS). Cependant, la communauté médicale, malgré son engagement dans les instances, reste peu sensibilisée aux démarches qualité et à leur conduite, notamment lors des évaluations de pratiques professionnelles.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en oeuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Partiellement

L'établissement informe les instances (CME, CSIRMT) et en réunion des cadres sur la mise en oeuvre et l'évolution de la politique qualité et sécurité des soins. Cependant, l'ensemble des agents ne bénéficie pas de cette information.

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

Les thèmes qualité et sécurité des soins sont abordés lors de réunions des instances et parfois lors des réunions de service par l'encadrement soignant. Cependant, l'établissement n'a pas organisé de communication spécifique qualité et sécurité des soins

	En grande partie	(journée, journal, etc.).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La direction et le président de la CME suivent le développement de la culture qualité et sécurité dans l'établissement.	En grande partie	La direction suit le développement de la culture qualité et sécurité des soins. Cependant, la communauté médicale dans son ensemble et son président, très récemment élu, sont peu formés à cette culture et aux modalités de ce type de suivi.

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

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

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

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

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

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

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

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

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

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

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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

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

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



Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	Oui	
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs, des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances, réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	Partiellement	
Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, et rendus publics par l'établissement de santé.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	Oui	
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaison 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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.	Oui	
Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.	Oui	
Les compétences spécifiques pour les activités à risques ou innovantes sont identifiées.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des dispositions sont mises en œuvre, afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.	Oui	

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

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

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.

Oui

Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.

Non

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en oeuvre.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et, s'il y a lieu, de recettes, selon une procédure formalisée.

Oui

Ces objectifs tiennent compte des engagements pris dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement conduit une analyse des coûts, dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne.

Partiellement

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

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

Le système d'information est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Partiellement	
--	---------------	--

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

La sécurité des données est organisée. Cependant, l'établissement n'a pas défini les responsabilités (et suppléances), ni élaboré et diffusé de procédures formalisées.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif est connu des professionnels.

En grande partie

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.

Oui

Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

Partiellement

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

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

Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	
---	------------------	--

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.b

Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

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

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La satisfaction des consommateurs concernant la prestation restauration est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	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	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le circuit du linge est défini.	Oui	
Les besoins par secteur sont quantifiés, et incluent les demandes en urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.	Oui	
Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	Oui	

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.	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 « Électricité Réseau Distribution France ».	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le matériel délivré est conforme à la commande et adapté à la prise en charge.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'approvisionnement en urgence du patient est assuré.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'établissement s'assure que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus, conformément à la réglementation.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents processus logistiques (internes ou externes) sont évalués, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est évaluée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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

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

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.

En grande partie

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

En grande partie

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

La traçabilité des différentes interventions est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique.	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.

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

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

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

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

Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en œuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH ou la CME.	En grande partie	Le service intérieur assure le nettoyage des locaux communs. Le nettoyage des chambres des patients et des secteurs sensibles est assuré par les aides-soignants ou ASH. Il existe de nombreux protocoles de nettoyage des locaux, y compris pour le bloc opératoire. Néanmoins, ces protocoles ne sont pas évalués à périodicité définie. Une IDE hygiéniste dédiée fait fonction d'EOH. Cependant, l'établissement ne dispose pas de temps dédié d'un praticien hygiéniste.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

Partiellement

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Partiellement	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	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.	En grande partie	Les constats réalisés au cours de l'autoévaluation en vue de la certification ont servi à définir la politique de la qualité et de la sécurité des soins. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en est issu, et reprend les objectifs et les actions définis lors de l'autoévaluation. Cependant, les actions ne sont pas déclinées au niveau des secteurs d'activités pour celles qui le nécessitent.	
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	En grande partie	Récemment, l'établissement a rassemblé en un programme unique les programmes d'actions issus de la gestion des risques et des événements indésirables, des dysfonctionnements concernant de la lutte contre les infections nosocomiales, issus des analyses par le COMEDIMS, du COVIRIS (vigilances), de la CRUQPC et en partie de la conformité à la réglementation. Certaines préconisations issues de contrôles réglementaires ne sont pas intégrées comme la réfection du sol de la cuisine.	

Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	
Le programme est soumis aux instances.	En grande partie	Chaque programme d'actions d'amélioration initialement élaboré par thème (hygiène, médicaments, vigilances, CRUQPC, contrôles techniques, alimentaires ou transfusionnels) a été régulièrement présenté et soumis aux instances concernées et de pilotage : CME, CSIRMT. Le programme unique, qui intègre l'ensemble des actions d'amélioration, a été validé par les instances qualité et gestion des risques. Cependant, il n'a pas encore été présenté aux autres instances de l'établissement (comité de direction, CME et CSIRMT).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	En grande partie	Les secteurs de l'hygiène, des soins et du médicament mettent en œuvre les actions d'amélioration définies transversalement : escarres, hygiène, prise en charge médicamenteuse du sujet âgé. Pour chaque action, les référents des services sont impliqués, un chef de projet désigné et une échéance définie. Néanmoins, aucun secteur clinique n'a développé de programmes spécifiques le concernant.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Partiellement	Les secteurs impliqués dans des programmes d'actions (hygiène, soins) réalisent des points d'avancement annuels. Les délais de certaines actions, comme la mise en place d'un support unique de prescriptions, n'ont pas été respectés sans qu'une révision du plan d'action ne soit réalisée. Le programme de l'établissement est suivi une fois par an dans le cadre d'un bilan qualité et sécurité des soins. Cela n'a pas été le cas en 2010. Sa mise à jour a été réalisée en vue de la certification.

L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	En grande partie	Les indicateurs IPAQSS et régionaux et les indicateurs de suivi qui sont définis dans le PAQ sont élaborés et contribuent à l'évaluation de l'efficacité du programme. L'atteinte des objectifs du programme est mesurée pour la plupart des actions.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Partiellement	Jusqu'à présent, les secteurs de l'établissement ayant établi un programme d'actions (hygiène, soins, médicament) ont examiné une fois par an l'atteinte des objectifs et apporté les ajustements nécessaires à leur programme. Leur intégration dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement n'a eu lieu que récemment en 2012. De ce fait, l'établissement n'a pas encore réalisé de réajustement de son PAQ.

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

Critère 8.b

Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins

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

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

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

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

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

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

Critère 8.d
Evaluations des risques à priori

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

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

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

Critère 8.e
Gestion de crise

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

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

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation	C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est en place afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	En grande partie	L'établissement a défini les modalités de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables. Cependant, la formalisation de ces modalités est en cours de formalisation. Les notions de gravité et fréquences sont définies. Il existe un support papier qui a été remis à jour récemment intégrant les déclarations concernant les vigilances qui sont gérées par les vigilants en concertation avec la gestionnaire de risque. La gestion des plaintes et des réclamations est coordonnée avec la gestion des événements indésirables par l'intermédiaire de la CRUQPC à laquelle la responsable qualité-gestionnaire des risques participe.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	En grande partie	L'établissement a engagé une sensibilisation à la déclaration des événements indésirables et à l'utilisation des supports de signalement par les professionnels. Il n'a pas été élaboré de programme ni de supports de formation.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	En grande partie	L'établissement a désigné les professionnels devant être formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes : la gestionnaire des risques (formation réalisée) et le médecin coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins (formation de 2 jours prévue en mai 2012). Il n'existe pas de programme ni de supports de formation.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.	En grande partie	Un processus de hiérarchisation permet à l'établissement d'identifier les événements indésirables nécessitant une analyse des causes profondes. L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est le plus souvent réalisée, structurée et adaptée. Les acteurs concernés sont impliqués soit par leur participation aux réunions d'analyse, soit au cours de l'enquête. Cependant, le retour d'expérience aux déclarants n'est pas systématique. La gestionnaire de risque est toujours présente lors des analyses et est formée à la ou aux méthodes utilisées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses.	En grande partie	Des actions correctives sont identifiées à la suite des analyses de causes des événements indésirables. La mise en œuvre des actions d'amélioration est hiérarchisée. Une personne référente est désignée pour chaque action. Cependant, un plan d'actions et un tableau de suivi ne sont pas systématique pour chaque action corrective.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	En grande partie	L'analyse des événements indésirables permet d'identifier les causes profondes des événements récurrents à l'échelle de l'établissement. Cependant, des actions correctives sur les causes profondes des événements récurrents telles que celles concernant les retards dans le programme opératoire, ne sont pas toujours mises en œuvre.

L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Non	L'établissement n'a pas réalisé de mesure de l'efficacité des actions correctives mises en place sur l'ensemble du programme et/ou actions concernées.
--	-----	--

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

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



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

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



Cotation	C	
Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score ICATB	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	C	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	

La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.

En grande partie

L'établissement a mis en œuvre deux modalités de réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure selon le type de délivrance nominative ou pas de l'antibiotique. Le pharmacien ne délivre les antibiotiques sur ordonnance nominative (un tiers des spécialités antibiotiques) que pour une durée initiale de 3 jours. La poursuite du traitement est conditionnée par la confirmation de l'antibiothérapie par le praticien. Depuis octobre 2011, les antibiotiques en dotation globale font l'objet d'une fiche de réévaluation placée dans le dossier. La mise en œuvre a été évaluée en novembre 2011, un mois après sa mise en place. Le résultat a montré une traçabilité sur la fiche de réévaluation dans 15 % des dossiers présentant une antibiothérapie.

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

Critère 8.i
Vigilances et veille sanitaire

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

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

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

Critère 8.j
Maîtrise du risque transfusionnel

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

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

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

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

Critère 8.k
Gestion des équipements biomédicaux

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

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

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

Critère 9.a
Système 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. La CRUQPC est en place depuis 2006, elle se réunit quatre fois par an. Le directeur de soins est identifié en tant que chargé des relations avec les usagers, elle est accompagnée d'une assistante.
Un registre unique colligeant les plaintes et réclamations est en place.
L'établissement a formalisé une procédure interne de gestion des plaintes et réclamations, connue des professionnels.
La composition et le fonctionnement de la CRUQPC sont conformes à la réglementation, un règlement intérieur a été élaboré.
Par le biais du livret d'accueil, les usagers sont informés des modalités pour formuler une plainte ou une réclamation, des personnes à contacter, des missions de la CRUQPC et du dispositif de médiation. Une affiche est présente dans les secteurs d'activité sur les tableaux d'affichage.

<p>Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a mis en place un dispositif qui lui permet d'échanger des informations sur les plaintes et réclamations avec le système de déclaration des événements indésirables. L'assistante et le directeur des soins de la cellule de relations avec les usagers participent à la réunion de la cellule de gestion des risques une fois par mois ; le suivi des plaintes et des réclamations y est alors effectué. Des liens sont formalisés entre les différents acteurs impliqués, la chargée des relations avec les usagers et la fonction gestion des risques. Un organigramme en atteste.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>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. À la réception de la plainte, elle est transmise aux personnes ressources concernées (praticien, cadre de santé, chef de service, etc.). Les actions d'amélioration sont déterminées et mises en œuvre s'il y a lieu.</p>
<p>Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement met en œuvre un processus d'information au plaignant sur le traitement de sa plainte ou de sa réclamation. Dans les 48 heures après réception de la plainte, un accusé de réception est adressé au plaignant. Le plaignant est informé qu'une enquête est en cours et qu'il sera informé des suites données. Un rapport définitif est effectué dans les deux mois. Toutefois si le délai dépassait deux mois, le plaignant reçoit une réponse par orale en attendant la formalisation du courrier. Le rappel des modalités de mise en œuvre du dispositif de médiation est précisé. Un formulaire spécifique accompagne le courrier dans ce sens.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'intégralité des plaintes et réclamations sont mises à disposition des membres de la CRUQPC de manière anonyme. Une analyse qualitative et quantitative est réalisée et est présentée à chaque réunion de la CRUQPC. Elle est intégrée au rapport annuel de la CRUQPC. L'analyse des plaintes et des réclamations donne lieu à des recommandations qui seront les axes d'amélioration. Les recommandations sont intégrées au plan d'action de la qualité.</p>
--	------------	--

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

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

Des actions d'amélioration sont mises en 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.	Non	

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

Cotation		B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.	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.).	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	Oui	

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

Oui

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

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

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	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

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	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.d - Court Séjour
Accueil et accompagnement de l'entourage**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	Oui	
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.	Oui	

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

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

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

L'établissement dispose d'une autorisation de SSR gériatrique uniquement.

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

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

Oui

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

Oui

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

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

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 vue du contexte de l'établissement, le critère 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.e - Court Séjour****Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté**

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	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	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Soins de longue durée

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	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.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

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

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

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

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

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

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

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

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

Critère 11.a - Soins de longue durée

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

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

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

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

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en 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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient**Critère 11.b - Soins de suite et/ou de réadaptation
Consentement et participation du patient**

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

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

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient**Critère 11.b - Soins de longue durée
Consentement et participation du patient**

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

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

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

Critère 11.c - Court Séjour Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Cotation	C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est définie.	Partiellement	En cas de dommage lié aux soins, l'établissement a prévu de délivrer l'information au patient au cas par cas. Cependant, l'établissement n'a pas mis en place de démarche structurée d'information du patient.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont menées.	Partiellement	Une personne a été formée 2012. Le guide de la HAS sur le sujet a été diffusé dans l'établissement. Il n'y a pas d'autre formation programmée pour l'année. L'établissement a l'intention de planifier cette action en 2013.
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	L'évaluation est réalisée au cas par cas et, si besoin, des actions d'amélioration sont alors mises en place. Cependant, le processus d'évaluation n'est pas structuré.
--	---------------	---

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

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

Cotation	C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est définie.	Partiellement	En cas de dommage lié aux soins, l'établissement a prévu de délivrer l'information au patient au cas par cas. Cependant, l'établissement n'a pas mis en place de démarche structurée d'information du patient.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont menées.	Partiellement	Un professionnel a été formé en 2012. Le guide de la HAS sur le sujet a été diffusé dans l'établissement. Cependant, il n'y a pas d'autre formation programmée pour l'année. L'établissement a l'intention de planifier cette action en 2013.
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	L'évaluation de l'information est réalisée au cas par cas et, si besoin, des actions d'amélioration sont alors mises en place. Cependant, le processus d'évaluation n'est pas structuré.
--	---------------	--

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

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

Cotation	C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est définie.	Partiellement	En cas de dommage lié aux soins, l'établissement a prévu de délivrer l'information au patient au cas par cas. Cependant, l'établissement n'a pas mis en place de démarche structurée d'information du patient.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont menées.	Partiellement	Un professionnel a été formé en 2012. Le guide de la HAS sur le sujet a été diffusé dans l'établissement. Cependant, il n'y a pas d'autre formation programmée pour l'année. L'établissement a l'intention de planifier cette action en 2013.
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	L'évaluation de l'information est réalisée au cas par cas et, si besoin, des actions d'amélioration sont alors mises en place. Cependant, le processus d'évaluation n'est pas structuré.
--	---------------	--

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Court Séjour
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).

En grande partie

L'établissement a mis en place une stratégie informelle de prise en charge de la douleur. Elle est connue dans l'établissement, notamment dans les secteurs d'activités.
 Cette stratégie vient d'être formalisée (avril 2012). Elle comporte la définition d'une politique précisant les objectifs et l'identification des prises en charge de la douleur. Cependant, la définition des moyens n'y est pas précisée.
 Cette stratégie a été définie avec tous les acteurs concernés et par le CLUD qui a été réactivé depuis 2010.

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 ont été définis pour les secteurs des urgences (protocole de prescription anticipée de paracétamol pour les IDE ; protocole morphine à l'accueil des urgences). Le CLUD s'est engagé à réactualiser ces protocoles régulièrement.
 Les protocoles sont adaptés à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques et aux traitements potentiellement douloureux. Ce sont les membres du CLUD qui les rédigent en associant les professionnels.

	Partiellement	L'accessibilité des protocoles est facilitée, ils sont situés dans des classeurs au service des urgences. Cependant, en dehors de ce secteur, il n'y pas d'autres protocoles formalisés dans les autres secteurs MCO de l'établissement.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	En grande partie	Les actions de formation tiennent compte des besoins, des objectifs et des personnes concernés. Un programme de formation est reconduit chaque année. Cependant, les supports de formation ne sont pas toujours disponibles dans les secteurs de MCO.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	La mise en place de l'éducation du patient à la prise en charge de sa douleur est organisée au cas par cas, en fonction des capacités cognitives du patient. Elle est adaptée au type d'activité pratiquée, à la pathologie, au type de patient. Un document d'information est mis à disposition des patients par le biais du livret d'accueil.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Prise en charge de la douleur » et de sa valeur de 25 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [16 % - 34 %] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	Une évaluation de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité d'un traitement algique. Cependant, elle n'est pas toujours tracée. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations. Les modifications de traitement sont tracées dans le dossier patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Des échelles spécifiques sont mises à disposition des professionnels : Algoplus, Doloplus. Les professionnels sont en cours d'appropriation de ces échelles.
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>Des actions d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils par les professionnels sont mises en place. Lors des réunions interéquipe et, quelquefois au quotidien, l'encadrement s'assure du niveau d'appropriation des outils. Cependant, cette pratique n'est pas systématique et ni planifiée dans le temps.</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>En grande partie</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur « Prise en charge de la douleur ». Il n'a pas mis en œuvre d'autre modalité d'évaluation.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Des actions d'amélioration ne sont pas toujours identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations menées sur le plan institutionnel sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur. Lors des réunions, le cadre de santé rappelle les bonnes pratiques. Le CLUD a prévu de programmer les actions d'amélioration et d'en assurer le suivi.</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>En grande partie</p>	<p>Les partages d'expérience sont réalisés avec l'équipe d'appui départemental en soins palliatifs qui cible alors la prise en charge de la douleur. Des professionnels sont inscrits à la « 10e journée régionale des soins palliatifs », dont le programme est « La douleur dans tous ses états ».</p> <p>Le centre antidouleur d'Orléans est intervenu, il y a un an à Châteaudun auprès du personnel médical.</p> <p>Cependant, cette organisation n'est pas systématique et très peu de professionnels en ont bénéficié.</p>

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		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).	En grande partie	<p>L'établissement a mis en place une stratégie de prise en charge de la douleur. Elle est connue dans l'établissement, notamment dans les secteurs d'activités.</p> <p>Cette stratégie vient d'être formalisée (avril 2012), elle comporte la définition d'une politique précisant les objectifs et l'identification des prises en charge de la douleur. Cependant, la définition des moyens n'y est pas précisée.</p> <p>Cette stratégie a été définie avec tous les acteurs concernés et par le CLUD qui a été réactivé depuis 2010.</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>Un protocole de prise en charge de la douleur par le paracétamol est en cours de validation, et est applicable dans l'ensemble de l'établissement.</p> <p>Les membres du CLUD rédigent les protocoles en associant les professionnels.</p> <p>Cependant, à l'heure actuelle, il n'y a pas de protocole de prise en charge de la douleur en SSR à disposition des professionnels.</p>	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	En grande partie	Les actions de formation tiennent compte de besoins, des objectifs et des personnes concernés. Un programme de formation est reconduit chaque année, les supports de formation ne sont pas toujours disponibles dans les secteurs de SSR.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	La mise en place de l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est organisée au cas par cas, en fonction des capacités cognitives du patient. Elle est adaptée au type d'activités pratiquée, à la pathologie, au type de patients. Par le biais du livret d'accueil, un document d'information est mis à disposition des patients.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	Compte tenu de classe pour l'indicateur « Prise en charge de la douleur » et de sa valeur de 79 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [70 % - 88 %] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	Une évaluation de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité d'un traitement algique. Cependant, elle n'est pas toujours tracée. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations. Les modifications de traitement sont tracées dans le dossier patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Des échelles spécifiques sont mises à disposition des professionnels : Algoplus, Doloplus. Les professionnels sont en cours d'appropriation de ces échelles.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	En grande partie	Des actions d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils par les professionnels sont mises en place. Lors des réunions interéquipe et, quelquefois au quotidien, l'encadrement s'assure du niveau d'appropriation des outils. Cependant, cette pratique n'est pas systématique et ni planifiée dans le temps.

<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>En grande partie</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur « Prise en charge de la douleur ». Il n'a pas mis en œuvre d'autre modalité d'évaluation.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Des actions d'amélioration ne sont pas toujours identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations menées sur le plan institutionnel sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur. Le cadre de santé rappelle, lors des réunions, les bonnes pratiques. Le CLUD a prévu de programmer des actions d'amélioration et d'en assurer le suivi.</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>En grande partie</p>	<p>Les partages d'expérience sont réalisés avec l'équipe d'appui départemental en « Soins palliatifs » qui cible alors la prise en charge de la douleur. Des professionnels sont inscrits à la « 10e journée régionale des soins palliatifs » dont le programme est « La douleur dans tous ses états ».</p> <p>Le centre anti-douleur d'Orléans est intervenu, il y a un an à Châteaudun après du personnel médical.</p> <p>Cependant, cette organisation n'est pas systématique, et très peu de professionnels en ont bénéficié.</p>

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Soins de longue durée
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).	En grande partie	<p>L'établissement a mis en place une stratégie de prise en charge de la douleur. Elle est connue dans l'établissement, notamment dans les secteurs d'activités.</p> <p>Cette stratégie vient d'être formalisée (avril 2012). Elle comporte la définition d'une politique précisant les objectifs et l'identification des prises en charge de la douleur. Cependant, la définition des moyens n'y est pas précisée.</p> <p>Cette stratégie a été définie avec tous les acteurs concernés et par le CLUD qui a été réactivé depuis 2010.</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>Un protocole de prise en charge de la douleur par le paracétamol est en cours de validation et est applicable dans l'ensemble de l'établissement.</p> <p>Les membres du CLUD rédigent les protocoles en associant les professionnels.</p> <p>Cependant, à l'heure actuelle, il n'y a pas de protocole de prise en charge de la douleur en SLD à disposition des professionnels.</p>	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	En grande partie	Les actions de formation tiennent compte de besoins, des objectifs et des personnes concernés. Un programme de formation est reconduit chaque année, les supports de formation ne sont pas toujours disponibles dans les secteurs d'activité.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	La mise en place de l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est organisée au cas par cas, en fonction des capacités cognitives du patient. Elle est adaptée au type d'activités pratiquées, à la pathologie, au type de patients. Un document d'information est mis à disposition des patients par le biais du livret d'accueil.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Des échelles sont mises à la disposition des professionnels. Il n'y a pas de champ identifié dans le dossier du patient pour noter les résultats. Toutefois, les professionnels s'adaptent en traçant leur évaluation de la douleur dans les transmissions ciblées, le cas échéant. Deux résultats de mesure de la douleur sont retrouvés dans le dossier du patient algique. Cependant, l'établissement n'a pas mis en place une démarche structurée visant à tracer la mesure de la douleur dans le dossier du patient en SLD.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	Une évaluation de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité d'un traitement algique. Cependant, elle n'est pas toujours tracée. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations. Les modifications de traitement sont tracées dans le dossier patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Des échelles spécifiques sont mises à disposition des professionnels, Algoplus, Doloplus. Les professionnels sont en cours d'appropriation de ces échelles.
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>Des actions d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils par les professionnels sont mises en place. Lors des réunions interéquipe et, quelquefois au quotidien, l'encadrement s'assure du niveau d'appropriation des outils. Cependant, cette pratique n'est pas systématique et ni planifiée dans le temps.</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>Non</p>	<p>En USLD, il n'y a pas d'évaluation de la qualité de la prise en charge de la douleur organisée à périodicité définie.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des actions d'amélioration ne sont pas toujours identifiées sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur. Le cadre de santé rappelle, lors des réunions, les bonnes pratiques si besoin. Le CLUD a prévu de programmer les actions d'amélioration, et d'en assurer le suivi.</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>En grande partie</p>	<p>Les partages d'expérience sont réalisés avec l'équipe d'appui départemental en soins palliatifs, qui cible alors la prise en charge de la douleur. Des professionnels sont inscrits à la « 10e journée régionale des soins palliatifs », dont le programme est « La douleur dans tous ses états ».</p> <p>Le centre antidouleur d'Orléans est intervenu il y a un an à Châteaudun auprès du personnel médical. Cependant, cette organisation n'est pas systématique, et très peu de professionnels en ont bénéficiée.</p>

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

L'établissement a défini une organisation pour la prise en charge des patients dont l'état de santé justifie la mise en place d'une démarche palliative.
Cette organisation a défini des objectifs en matière de prise en charge des besoins des patients en soins palliatifs, les circuits en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement, les acteurs clefs, les ressources. L'équipe soignante est à l'écoute du patient et de son entourage pendant la prise en charge. Le cadre de santé coordonne l'intervention des différents intervenants. Six lits sont identifiés et reconnus en soins palliatifs, trois lits sont positionnés en médecine gériatrique aiguë, et trois dans les autres secteurs de médecine. Un classeur spécifique contenant les protocoles, l'organisation de cette prise en charge est en place. Une convention avec l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs de la Loupe est effective et connue des professionnels. Cependant, l'établissement n'a pas mis en place d'outils d'analyse de fonctionnement, ni d'indicateurs dans ce

	En grande partie	domaine.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	L'établissement dispose d'une organisation qui vise à recueillir et inscrire dans le dossier du patient, l'identité de la personne de confiance qu'il a désignée, un formulaire spécifique est mis à la disposition des soignants. Quand le patient l'exprime, ses volontés relatives aux traitements et autres soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie sont précisées dans son dossier. L'existence de directives anticipées est tracée dans le dossier du patient quand elles sont formulées.
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 usagers sont informés sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements par le biais du livret d'accueil. Un formulaire spécifique a été élaboré et est distribué dès l'arrivée du patient. Le dispositif d'information est structuré, les objectifs sont fixés et les cibles sont identifiées. Les moyens de communication sont adaptés. Dès l'entrée du patient, les soignants diffusent les documents aux patients.
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	L'établissement a défini et a mis en oeuvre des projets de prise en charge adaptés à la situation des patients dans les secteurs d'activité. Ces projets englobent une démarche de projet personnalisé de soins qui favorise une réévaluation régulière des stratégies de soins envisagées en fonction de l'évolution de la maladie. Un classeur spécifique est prévu à cet effet. Un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches est organisé : un lit d'appoint peut être mis à disposition des familles qui le souhaitent. L'intervention des membres de l'association JALMALV

	Oui	(Jusqu'à la mort accompagner la vie) et l'équipe d'appui départemental de soins palliatifs est effective pour les patients et l'entourage. Pour aider le personnel, un dispositif de soutien est possible par le biais de groupe parole organisé par l'encadrement, les différentes associations et l'intervention de la psychologue de l'établissement. Dans le classeur spécifique « soins palliatifs », il est prévu un formulaire spécifique pour la tenue des réunions pluriprofessionnelles. En médecine gériatrique aiguë chaque semaine, une réunion pluriprofessionnelle est en place.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Les professionnels de santé, fréquemment confrontés à des situations nécessitant la mise en œuvre de soins palliatifs, bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences en soins palliatifs. Un programme de formation est intégré dans le plan de formation, reconduit tous les ans. L'équipe d'appui départementale et les médecins référents en soins palliatifs peuvent réaliser aussi des formations actions dans les secteurs d'activité. Plusieurs agents ont bénéficié d'un DU soins palliatifs en 2011, d'autres sont inscrits pour 2012.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Les secteurs concernés par des prises en charge en soins palliatifs organisent des réunions pluriprofessionnelles qui visent à réévaluer régulièrement les stratégies de soins mises en place, à inscrire les prises de décision dans un cadre collégial, à assurer la compréhension par tous des enjeux et des objectifs poursuivis par la mise en place d'une démarche palliative. Ces réunions peuvent faire intervenir les membres de l'équipe d'appui départementale de soins palliatifs. Dans les secteurs concernés, les réunions ont lieu toutes les semaines.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	Oui	Les secteurs concernés par des situations de fin de vie fréquentes mettent en place des actions qui visent à éviter les situations d'épuisement professionnel, à soutenir psychologiquement les professionnels de santé confrontés à

	Oui	des prises en charge complexes, à contenir les situations de crise par l'intervention de l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs, de l'association JALMALV et du psychologue de l'établissement.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	En grande partie	L'établissement met en œuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Le plan de formation prévoit des actions sur ce thème. De plus, un médecin a fait bénéficier les soignants d'une action de formation sur le sujet. Toutefois, l'établissement n'a pas mis en place de dispositif d'information structuré avec des objectifs fixés, des cibles identifiées, et des moyens de communication adaptés.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations et des bénévoles. Les conventions avec l'équipe d'appui départemental en soins palliatifs de la Loupe, l'association JALMALV (Jusqu'à la mort accompagner la vie) sont formalisées. Si des demandes sont formulées par les patients, l'intervention des associations concernées dans les services est effective. Le processus est connu des professionnels.
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	L'établissement a identifié les structures concernées par la prise en charge des patients dont l'état de santé nécessite la mise en œuvre d'une démarche palliative. Six lits sont identifiés en soins palliatifs en médecine. L'activité en est suivie. Cependant, l'établissement n'a pas structuré de dispositif d'évaluation pluriprofessionnelle du champ de la prise en charge en fin de vie.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées au sein des secteurs confrontés aux décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs ou de suppléance vitale. La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Partiellement	Des actions d'amélioration sont identifiées au cas par cas, en cohérence avec les résultats des réflexions menées dans les secteurs d'activités concernés. Toutefois, la coordination et le suivi de leur mise en œuvre ne sont pas structurés.
---	---------------	--

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

L'établissement a défini une organisation pour la prise en charge des patients dont l'état de santé justifie la mise en place d'une démarche palliative.
Cette organisation a défini des objectifs en matière de prise en charge des besoins des patients, les circuits en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement, les acteurs clefs, les ressources. L'équipe soignante est à l'écoute du patient et de son entourage pendant la prise en charge. Le cadre de santé coordonne l'intervention des différents intervenants.
Un classeur spécifique contenant les protocoles, et l'organisation de cette prise en charge sont en place.
Une convention avec l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs de la Loupe est effective, et connue des professionnels.
En SSR, une grille de repérage permet de cibler le patient qui relève d'une dimension palliative. Le cas échéant, le patient est transféré dans le secteur de lits de soins palliatif. Il peut arriver que le patient reste hospitalisé en SSR.
Cependant, l'établissement n'a pas mis en place d'outils d'

	En grande partie	analyse de fonctionnement ni d'indicateurs de suivi.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	L'établissement dispose d'une organisation qui vise à recueillir et inscrire dans le dossier du patient l'identité de la personne de confiance qu'il a désignée, un formulaire spécifique est mise à la disposition des soignants. Quand le patient l'exprime, ses volontés relatives aux traitements et autres soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie sont précisées dans son dossier. L'existence de directives anticipées est tracée dans le dossier du patient quand elles sont formulées.
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 usagers sont informés sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements par le biais du livret d'accueil, un formulaire spécifique a été élaboré et distribué dès l'arrivée du patient. Le dispositif d'information est structuré, les objectifs sont fixés, et les cibles sont identifiées, les moyens de communication sont adaptés. Dès l'entrée du patient, les soignants leur diffusent les documents qui les concernent.
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 œuvre.	Oui	L'établissement a défini et a mis en œuvre dans les secteurs d'activité des projets de prise en charge adaptés à la situation des patients. Ces projets englobent une démarche de projet personnalisé de soins qui favorise une réévaluation régulière des stratégies de soins envisagées en fonction de l'évolution de la maladie. Un classeur spécifique est prévu à cet effet. Un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches est organisé, un lit d'appoint peut être mis à disposition des familles qui le souhaitent. L'intervention des membres de l'association JALMALV (Jusqu'à la mort accompagné la vie) et l'équipe d'appui départemental de soins palliatifs est

	Oui	<p>effective pour les patients et l'entourage.</p> <p>Pour aider le personnel, un dispositif de soutien aux personnels concernés est possible par le biais de groupe parole organisé par l'encadrement, les différentes associations, et l'intervention de la psychologue de l'établissement.</p> <p>Dans le classeur spécifique « Soins palliatifs », il est prévu un formulaire spécifique pour la tenue de réunions interprofessionnelles. En médecine gériatrique aiguë, une réunion pluriprofessionnelle est en place chaque semaine.</p>
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	<p>Les professionnels de santé, fréquemment confrontés à des situations nécessitant la mise en œuvre de soins palliatifs, bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences en soins palliatifs. Un programme de formation est intégré dans le plan de formation, reconduit tous les ans. L'équipe d'appui départementale en soins palliatifs et les médecins référents en soins palliatifs réalisent aussi des formations-actions dans les secteurs d'activité. Plusieurs agents ont bénéficié d'un DU soins palliatifs en 2011, d'autres sont inscrits pour 2012.</p>
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	<p>Les secteurs concernés par des prises en charge visant à préserver la qualité de vie des patients accueillis organisent des réunions pluriprofessionnelles qui visent à réévaluer régulièrement les stratégies de soins mises en place, à inscrire les prises de décision dans un cadre collégial, à assurer la compréhension par tous des enjeux et des objectifs poursuivis par la mise en place d'une démarche palliative. Ces réunions peuvent faire intervenir les membres de l'équipe d'appui départementale de soins palliatifs. Dans les secteurs concernés, les réunions ont lieu toutes les semaines.</p>
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	Oui	<p>Les secteurs concernés par des situations de fin de vie fréquentes mettent en place des actions qui visent à éviter les situations d'épuisement professionnel, de soutenir psychologiquement les professionnels de santé confrontés à</p>

	Oui	des prises en charge complexes, de contenir les situations de crise par l'intervention de l'équipe d'appui départementale, de l'association JALMALV et du psychologue de l'établissement.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	En grande partie	L'établissement met en œuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Le plan de formation prévoit des actions sur ce thème. De plus, un médecin a fait bénéficier les soignants d'une action de formation sur le sujet. Toutefois, l'établissement n'a pas mis en place de dispositif d'information structuré avec des objectifs fixés, des cibles identifiées, et des moyens de communication adaptés.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations et des bénévoles. Les conventions avec l'équipe d'appui départemental en soins palliatifs de la Loupe, l'association JALMALV (Jusqu'à la mort accompagné la vie) sont formalisées. Si des demandes sont formulées par les patients, l'intervention des associations concernées dans les services est effective. Le processus est connu des professionnels.
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	L'établissement a identifié les structures concernées par la prise en charge des patients dont l'état de santé nécessite la mise en œuvre d'une démarche palliative. Six lits sont identifiés en soins palliatifs en médecine. L'activité en est suivie. Cependant, l'établissement n'a pas structuré son dispositif d'évaluation pluriprofessionnelle du champ de la prise en charge en fin de vie.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées au sein des secteurs confrontés aux décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs ou de suppléance vitale. La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. En SSR, cette

	Oui	situation est très rare.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Partiellement	Des actions d'amélioration sont identifiées au cas par cas, en cohérence avec les résultats des réflexions menées dans les secteurs d'activité concernés. Toutefois, la coordination et le suivi de leur mise en œuvre ne sont pas structurés.

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

L'établissement a défini une organisation pour la prise en charge des patients dont l'état de santé justifie la mise en place d'une démarche palliative.
Cette organisation permet de définir les objectifs en matière de prise en charge des besoins des patients, les circuits en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement, les acteurs clefs, les ressources. L'équipe soignante est à l'écoute du patient et de son entourage pendant la prise en charge. Le cadre de santé coordonne l'intervention des différents intervenants.
Un classeur spécifique contenant les protocoles et l'organisation de cette prise en charge sont en place. En général en USLD, les patients restent dans le service afin d'éviter de perte de repères et de ne pas perturber les familles. Les soignants peuvent alors faire appel à l'équipe médicale de la médecine gériatrique aiguë.
Une convention avec l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs de la Loupe est effective et connue des professionnels.
Cependant, l'établissement n'a pas mis en place d'outils d'

	En grande partie	analyse de fonctionnement ni d'indicateur dans ce domaine.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	L'établissement dispose d'une organisation qui vise à recueillir et inscrire dans le dossier du patient l'identité de la personne de confiance qu'il a désignée, un formulaire spécifique est mise à la disposition des soignants. Quand le patient l'exprime, ses volontés relatives aux traitements et autres soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie sont précisées dans son dossier. L'existence de directives anticipées sont tracées dans le dossier du patient quand elles sont formulées et si les capacités cognitives du patient le permet.
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 usagers sont informés sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements par le biais du livret d'accueil, un formulaire spécifique a été élaboré et distribué dès l'arrivée du patient. Le dispositif d'information est structuré, les objectifs sont fixés, et les cibles sont identifiées, les moyens de communication sont adaptés. Dès l'entrée du patient, les soignants lui diffusent les documents qui le concernent.
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	L'établissement a défini et a mis en oeuvre dans les secteurs d'activité des projets de prise en charge adaptés à la situation des patients. Ces projets englobent une démarche de projet personnalisé de soins qui favorise une réévaluation régulière des stratégies de soins envisagées en fonction de l'évolution de la maladie. Un classeur spécifique est prévu à cet effet. Un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches est organisé : un lit d'appoint peut être mis à disposition des familles qui le souhaitent. L'intervention des membres de l'association JALMALV (Jusqu'à la mort accompagner la vie)

	Oui	<p>et l'équipe d'appui départemental de soins palliatifs est effective pour les patients et l'entourage.</p> <p>Pour aider le personnel, un dispositif de soutien est possible par le biais de groupe parole organisé par l'encadrement, les différentes associations et l'intervention de la psychologue de l'établissement.</p> <p>Dans le classeur spécifique « Soins palliatifs », il est prévu un formulaire spécifique pour la tenue de réunions pluriprofessionnelles. En médecine gériatrique aiguë, une réunion pluriprofessionnelle a lieu chaque semaine. Si le patient est hospitalisé en USLD, cette réunion y est organisée chaque semaine.</p>
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	<p>Les professionnels de santé, fréquemment confrontés à des situations nécessitant la mise en œuvre de soins palliatifs, bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences en soins palliatifs. Un programme de formation est intégré dans le plan de formation, reconduit tous les ans. L'équipe d'appui départementale en soins palliatifs et les médecins référents en soins palliatifs peuvent réaliser aussi des formations actions dans les secteurs d'activité. Plusieurs agents ont bénéficié d'un DU soins palliatifs en 2011, d'autres sont inscrits pour 2012.</p>
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	<p>Les secteurs concernés par des prises en charge visant à préserver la qualité de vie des patients accueillis organisent des réunions pluriprofessionnelles qui visent à réévaluer régulièrement les stratégies de soins mises en place, à inscrire les prises de décision dans un cadre collégial, à assurer la compréhension par tous des enjeux et des objectifs poursuivis par la mise en place d'une démarche palliative. Ces réunions peuvent faire intervenir les membres de l'équipe d'appui départementale de soins palliatifs. En USLD, des réunions ont lieu toutes les semaines, le cas échéant.</p>

Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.	Oui	Les secteurs concernés par des situations de fin de vie fréquentes mettent en place des actions qui visent à éviter les situations d'épuisement professionnel, de soutenir psychologiquement les professionnels de santé confrontés à des prises en charge complexes, de contenir les situations de crise par l'intervention de l'équipe d'appui départementale, de l'association JALMALV et du psychologue de l'établissement.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	En grande partie	L'établissement met en œuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Le plan de formation prévoit des actions sur ce thème. De plus, un médecin a fait bénéficier les soignants d'une action de formation sur le sujet. Toutefois, l'établissement n'a pas mis en place de dispositif d'information structuré avec des objectifs fixés, des cibles identifiées et des moyens de communication adaptés.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations et des bénévoles. Les conventions avec l'équipe d'appui départemental en soins palliatifs de la Loupe, l'association JALMALV (Jusqu'à la mort accompagner la vie) sont formalisées. Si des demandes sont formulées par les patients, l'intervention des associations concernées dans les services est effective. Le processus est connu des professionnels.
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	L'établissement a identifié les structures concernées par la prise en charge des patients dont l'état de santé nécessite la mise en œuvre d'une démarche palliative. Six lits sont identifiés en soins palliatifs en médecine dont l'activité est suivie. L'activité dans ce domaine, en dehors de ces lits, est également suivie pour les patients en USLD quand ceux-ci peuvent rester hospitalisés dans ce service. Cependant, l'établissement n'a pas structuré de dispositif d'évaluation pluriprofessionnelle du champ de la prise en charge en fin de vie.

Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées au sein des secteurs confrontés aux décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs ou de suppléance vitale. La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Partiellement	Des actions d'amélioration sont identifiées au cas par cas, en cohérence avec les résultats des réflexions menées dans les secteurs d'activités concernés. Toutefois, la coordination et le suivi de leur mise en œuvre ne sont structurés.

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

En grande partie

Il existe un guide d'utilisation du Dossier patient unique (DPU), élaboré en 2006, afin d'expérimenter ce dossier sur la période se situant entre le 1er février et le 11 avril 2006. Une évaluation a été réalisée en mai 2006, le guide d'utilisation initial est toujours actuel. Il définit tous les aspects relatifs à la tenue du dossier. Par ailleurs, un document intitulé « Dossier médical » existe. Ce document, élaboré par un groupe de secrétaires, donne des informations relatives à la création, les différentes parties, la localisation du DPU. Toutefois, celui-ci est en attente de validation. Cependant, l'établissement n'a pas mis en œuvre un processus d'information des professionnels (y compris intervenants extérieurs) sur les règles en place. Le dispositif d'information n'est pas structuré. Les objectifs, les cibles et les moyens de communication adaptés ne sont pas définis.

<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>	<p>Partiellement</p>	<p>Les règles d'accès au dossier médical au niveau des archives centrales sont définies au sein d'un règlement en attente de validation. Les modalités d'accès au dossier transfusionnel, archivé au laboratoire, et celles de l'accès au dossier de gynécologie obstétrique archivé au sein du service ou aux archives centrales, le cas échéant, ne sont pas définies. Il n'existe pas de document définissant les règles d'accès au dossier des patients par les professionnels habilités, faisant apparaître les responsabilités, les règles de circulation du dossier au sein de l'établissement, les règles de confidentialité, d'échanges d'informations avec les professionnels d'autres services, les modalités de transmission des éléments utiles à la continuité des soins en amont et en aval du séjour hospitalier. Les moyens de communication et les cibles ne sont pas identifiés.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 59 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [55 % - 63 %] pour la campagne de recueil 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>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement met en œuvre un système de communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes. En interne, le dossier de MCO est transféré en même temps que le patient lors d'un changement d'unité ou pour une consultation, sauf quand le patient est transféré vers l'USLD. Les images radiologiques sont transmises par PACS de façon sécurisée en interne. Il en est de même envers les établissements dotés du logiciel. Cependant, les modalités de communication ne sont pas formalisées afin de définir : les supports et mode de communication utilisés, les délais de communication du dossier en fonction du type de prise en charge ou de pathologie, les règles d'accessibilité et de confidentialité. L'établissement n'a pas défini la notion de temps utile adaptée en fonction du type de prise en charge.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur 'Tenue du dossier patient ». Il n'a pas mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des évaluations de la gestion du dossier patient. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés : personne référente, plan d'actions, tableau de suivi.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

En grande partie

Il existe un guide d'utilisation du Dossier patient unique (DPU) élaboré en janvier 2006 pour la mise en place du Dossier patient unique. Ce guide définit les aspects relatifs à la tenue du dossier. Par ailleurs, un document intitulé « Dossier médical » existe. Celui-ci, élaboré par un groupe de secrétaires, donne des informations relatives à la création, les différentes parties, la localisation du DPU. Toutefois, ce document est en attente de validation. Néanmoins, les règles définissant tous les aspects relatifs à la tenue du dossier ne sont pas définies. L'établissement n'a pas mis en œuvre un processus d'information des professionnels (y compris intervenants extérieurs) sur les règles en place. Le dispositif d'information n'est pas structuré. Les objectifs, les cibles et les moyens de communication adaptés ne sont pas définis.

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

Partiellement

Les règles d'accès au dossier médical au niveau des archives centrales sont définies au sein d'un règlement et concernent les dossiers des patients de SSR. Cependant, ce document est en attente de validation.

diffusées.	Partiellement	Il n'existe pas de document définissant les règles d'accès au dossier des patients par les professionnels habilités faisant apparaître les responsabilités, les règles de circulation du dossier au sein de l'établissement, les règles de confidentialité, d'échange d'informations avec les professionnels d'autres services, les modalités de transmission des éléments utiles à la continuité des soins en amont et en aval du séjour hospitalier. Les moyens de communication et les cibles ne sont pas identifiés.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 69 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [66 % - 71 %] pour la campagne de recueil 2011.
La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	En grande partie	L'établissement met en oeuvre un système de communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes. En interne, le dossier de SSR est transféré en même temps que le patient lors d'un changement d'unité ou pour une consultation, sauf quand le patient est muté vers l'USLD. Les images radiologiques sont transmises par PACS de façon sécurisée en interne. Il en est de même envers les établissements dotés du logiciel. Cependant, les modalités de communication ne sont pas formalisées par écrit, en définissant : les supports et mode de communication utilisés, les délais de communication du dossier en fonction du type de prise en charge ou de pathologie, les règles d'accessibilité, de confidentialité. L'établissement n'a pas défini la notion de temps utile adaptée en fonction du type de prise en charge.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.

Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des évaluations de la gestion du dossier patient. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés : personne référente, plan d'actions, tableau de suivi.
---	-----	---

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Partiellement

L'USLD est doté d'un dossier patient papier comportant les volets utiles aux différentes parties de la prise en charge. Le volet soins et volet médical de ce dossier sont classés de manière différente. Les médecins et les professionnels connaissent les règles d'utilisation de ce dossier patient. Néanmoins, il n'existe pas de guide d'utilisation définissant tous les aspects relatifs à sa tenue, et le service n'a pas mis en place un processus structuré d'information des professionnels.

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

En grande partie

L'USLD a organisé des règles d'accès au dossier des patients pour les professionnels. Le dossier, parfois imposant vu la spécificité du service, est épuré de documents au-delà de l'année en cours et de l'année N-1. Ces archives « vivantes » sont stockées dans les secrétariats, sécurisées mais accessibles pour les professionnels qui en font la demande, selon leur besoin. Les règles de circulation au sein de l'unité existent et sont mises en œuvre. Cependant, ces règles ne sont pas formalisées. À ce jour, les services de médecine de l'établissement et SSR ne transmettent pas l'intégralité du dossier du patient

	En grande partie	transféré en USLD. Ce DPU reste archivé au niveau des archives centrales, le dossier reconstitué en USLD est archivé au sein de l'unité dans un lieu sécurisé.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	L'organisation de l'USLD permet à l'ensemble des professionnels de tracer en temps utile les éléments constitutifs de la prise en charge, qu'il s'agisse du corps médical ou des professionnels paramédicaux ou médico-techniques, nombreux à intervenir au sein de la structure.
La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	En grande partie	Au regard de la spécificité du service, la communication du dossier entre tous les professionnels est effective au niveau interne (psychologues, médico-techniques ou autres). Si les besoins relatifs au patient obligent à un transfert en service de médecine ou à une consultation externe à l'USLD, le dossier accompagne le patient dans une pochette spécifique sécurisée. Cette organisation n'est pas formalisée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Partiellement	Le dossier du patient en USLD n'est pas évalué de façon formelle. Néanmoins, la bonne tenue du dossier est suivie par l'encadrement médical et soignant et a pu être constatée au cours de la visite.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	En grande partie	L'unité de long séjour a le souci de mettre en place des améliorations utiles à la prise en charge des patients : amélioration de la prise en charge de la douleur, mise en place d'échelles spécifiques et meilleure traçabilité, fiche de dépistage des troubles nutritionnels et d'évaluation de la dépendance. La forte implication des professionnels et leur stabilité permettent le suivi des actions d'amélioration. Il n'existe pas d'évaluation formelle ni de plan d'actions structuré et formalisé des mesures d'amélioration. Néanmoins, la mise en œuvre du pôle de gériatrie est effective, et le nouveau projet médical est en cours d'élaboration.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités standards et spécifiques d'accès au dossier sont définies. Une procédure existe, elle décrit les modalités d'accès au dossier pour les demandes écrites ou orales et les ayants droit. La directrice des soins et de la qualité assure la gestion de ces demandes.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	L'établissement met en œuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier. L'information est décrite dans le livret d'accueil remis à chaque patient ou à ses proches.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	L'établissement a mis en place des indicateurs de suivi, un tableau de bord est formalisé. Ces informations sont régulièrement transmises à la CRUQPC et sont inscrites dans le rapport annuel. La directrice des soins et de la qualité est chargée d'assurer

	Oui	le respect des délais d'accès du patient à son dossier.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des analyses des délais de transmission des dossiers aux patients, chaque fois que possible. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés. La direction des soins et de la qualité est garante de ce suivi.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	L'établissement a défini et mis en œuvre un processus d'information de la CRUQPC sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier. La CRUQPC est informée du nombre de demandes d'accès au dossier, des délais de transmission des dossiers aux patients et du 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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités standards et spécifiques d'accès au dossier sont définies.
 Une procédure existe, elle décrit les modalités d'accès au dossier pour les demandes écrites ou orales et les ayants droit. La directrice des soins et de la qualité assure la gestion de ces demandes.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement met en œuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier.
 L'information est décrite dans le livret d'accueil remis à chaque patient ou à ses proches. Des informations orales sont données à l'intérieur du service SSR soit envers le patient lui-même, si cela est possible, soit envers sa famille.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	L'établissement a mis en place des indicateurs de suivi, un tableau de bord est formalisé. Les informations sont régulièrement transmises à la CRUQPC et sont inscrites dans le rapport annuel. La directrice des soins et de la qualité est chargée d'assurer le respect des délais d'accès du patient à son dossier.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des analyses des délais de transmission des dossiers aux patients, chaque fois que possible. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés. La direction des soins et de la qualité est garante de ce suivi.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	L'établissement a défini et mis en œuvre un processus d'information de la CRUQPC sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier. La CRUQPC est informée du nombre de demandes d'accès au dossier, des délais de transmission des dossiers aux patients et du 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		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités standards et spécifiques d'accès au dossier sont définies. Une procédure existe, elle décrit les modalités d'accès au dossier pour les demandes écrites ou orales et les ayants droit. La directrice des soins et de la qualité assure la gestion de ces demandes.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	L'établissement met en œuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier. L'information est décrite dans le livret d'accueil remis à chaque patient ou à ses proches. Vu la spécificité des patients accueillis en USLD, une information orale est donnée aux familles ou aux proches des patients.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	L'établissement a mis en place des indicateurs de suivi, un tableau de bord est formalisé. Les informations sont régulièrement transmises à la CRUQPC et sont inscrites dans le rapport annuel. La directrice des soins et de la qualité est chargée d'assurer le respect des délais d'accès du patient à son dossier.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des analyses des délais de transmission des dossiers aux patients, chaque fois que possible. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés. La direction des soins et de la qualité est garante de ce suivi.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	L'établissement a défini et mis en œuvre un processus d'information de la CRUQPC sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier. La CRUQPC est informée du nombre de demandes d'accès au dossier, des délais de transmission des dossiers aux patients et du 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

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

L'établissement a mis en place une organisation afin de garantir la fiabilité de l'identification du patient. Il existe une cellule d'identitovigilance mise en place en janvier 2012. Les réunions sont régulières et tracées. Le responsable est identifié, les objectifs de la cellule sont définis au sein du premier compte-rendu. Une procédure de création d'IPP et vérification des identités au niveau administratif ainsi qu'une fiche de signalement des anomalies sont rédigées. Néanmoins, cette organisation n'est pas formalisée sur l'ensemble du circuit. Les points critiques, toutes les missions et les responsabilités, ne sont pas définis. Il en est de même des outils d'analyse de fonctionnement (indicateurs). Il n'existe pas de procédure d'habilitation ni de procédure jusqu'au lit du patient.

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.

Partiellement

La responsable du bureau des admissions a été formée. À ce jour, les autres personnels habilités à créer des identités, professionnels du bureau des admissions et IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) au service des urgences ne sont

	Partiellement	pas formés, notamment à la prévention des erreurs. Une sensibilisation s'effectue de collègue à collègue. Les professionnels de santé ne sont pas formés.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Le personnel administratif met en œuvre la procédure de vérification de l'identité. Il en est de même de l'IAO au niveau du service des urgences, habilitée à créer le numéro IPP qui identifie le patient.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Partiellement	Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. Les patients sont souvent porteurs d'un bracelet les identifiant, mais cette pratique n'est pas généralisée. La vérification de l'identité n'est pas toujours tracée dans les dossiers. L'établissement n'a pas établi de procédure de vérification de l'identité dans les secteurs cliniques.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Non	À ce jour, l'établissement n'a pas mis en place un dispositif d'évaluation à toutes les étapes de la prise en charge du patient. La cellule d'identitovigilance envisage de structurer ce dispositif avec : la pose d'objectifs d'évaluation, la nomination d'un coordonnateur, la périodicité et les outils d'évaluations, la mise en œuvre d'un plan d'actions avec tableau de suivi.

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

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

L'établissement a mis en place une organisation afin de garantir la fiabilité de l'identification du patient. Il existe une cellule d'identitovigilance mise en place en janvier 2012. Les réunions sont régulières et tracées. Le responsable est identifié, les objectifs de la cellule sont définis au sein du premier compte-rendu. Une procédure de création d'IPP et vérification des identités au niveau administratif ainsi qu'une fiche de signalement des anomalies sont rédigées. Néanmoins, cette organisation n'est pas formalisée sur l'ensemble du circuit. Les points critiques, toutes les missions et les responsabilités ne sont pas définis. Il en est de même des outils d'analyse de fonctionnement (indicateurs). Il n'existe pas de procédure d'habilitation ni de procédure jusqu'au lit du patient en SSR.

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.

Partiellement

La responsable du bureau des admissions a été formée. À ce jour, les autres personnels habilités à créer des identités, professionnels du bureau des admissions et l'IAO au service des urgences qui gère les entrées en dehors des heures

	Partiellement	d'ouverture des admissions, ne sont pas formés. Une sensibilisation s'effectue de collègue à collègue. Les professionnels de santé en SSR ne sont pas formés.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Le personnel administratif met en œuvre la procédure de vérification de l'identité.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Partiellement	Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. En SSR, les patients sont porteurs d'un bracelet les identifiant. La vérification de l'identité du patient n'est pas toujours tracée dans le dossier. Une procédure de vérification de l'identité dans le service n'est pas établie.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Non	À ce jour, l'établissement n'a pas mis en place un dispositif d'évaluation à toutes les étapes de la prise en charge du patient. La cellule d'identitovigilance envisage de structurer ce dispositif avec : la pose d'objectifs d'évaluation, la nomination d'un coordonnateur, la périodicité et les outils d'évaluations, la mise en œuvre d'un plan d'actions avec tableau de suivi.

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

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

L'établissement a mis en place une organisation afin de garantir la fiabilité de l'identification du patient. Il existe une cellule d'identitovigilance mise en place en janvier 2012. Les réunions sont régulières et tracées. Le responsable est identifié, les objectifs de la cellule sont définis au sein du premier compte-rendu. Une procédure de création d'IPP et vérification des identités au niveau administratif ainsi qu'une fiche de signalement des anomalies sont rédigées.

En SLD, un personnel spécifique du bureau des admissions est affecté au sein du service afin d'instruire les dossiers des patients susceptibles d'intégrer l'unité. Une réunion mensuelle pluriprofessionnelle des admissions est organisée. Le nom des patients est inscrit à l'entrée des chambres qui sont toutes individuelles.

Néanmoins, la spécificité de l'organisation en SLD, les points critiques, toutes les missions et les responsabilités des membres de la cellule d'identitovigilance (CIV) ne sont pas définis. Il en est de même des outils d'analyse de fonctionnement (indicateurs). La CIV prévoit l'intégration d'un professionnel SLD au sein de

	En grande partie	la cellule.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	En grande partie	La responsable du bureau des admissions a été formée. À ce jour, les deux professionnels habilités à créer des identités au sein de l'USLD ont bénéficié d'une sensibilisation par leur responsable hiérarchique. Les autres professionnels de santé en SLD ne sont pas formés.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Le personnel administratif affecté en SLD met en œuvre la procédure de vérification de l'identité.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Partiellement	Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. En SLD, le nom du patient est inscrit à l'entrée des chambres qui sont toutes individuelles. Du fait de la connaissance des patients qui sont hospitalisés longuement, la vérification de l'identité n'est que très peu tracée dans les dossiers. Cependant, la procédure de vérification de l'identité dans le service n'est pas établie.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Partiellement	En SLD, vu la spécificité de l'unité si une erreur existe, elle est immédiatement analysée et corrigée au sein du service. Néanmoins, à ce jour, l'établissement n'a pas mis en place un dispositif d'évaluation structuré à toutes les étapes de la prise en charge du patient. La cellule d'identitovigilance envisage de structurer ce dispositif avec : la pose d'objectifs d'évaluation, la nomination d'un coordonnateur, la périodicité et les outils d'évaluations, la mise en œuvre d'un plan d'actions avec tableau de suivi.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

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

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

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

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

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

Référence 16: l'accueil du patient**Critère 16.a - Soins de longue durée
Dispositif d'accueil du patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

Partiellement

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

Partiellement

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

En grande partie

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

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

Oui

Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	Oui	
Le délai prévisible de prise en charge est annoncé.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Partiellement	
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**

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

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

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

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

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

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

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

Référence 17: l'évaluation de l'état de santé du patient**Critère 17.a - Soins de longue durée****Evaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé**

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

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



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

Cotation		NA
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge somatique est formalisé.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Court Séjour

Continuité et coordination de la prise en charge des patients

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

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

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

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

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

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Oui	
Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	Oui	

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

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

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

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.b - Soins de longue durée

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Enfants et adolescents

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
	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.	En grande partie	Compte tenu de la valeur l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » de 78 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [68 % - 87 %] 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 suite et/ou de réadaptation Troubles de l'état nutritionnel



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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	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.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients, ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique, sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	Oui	
Les éléments, permettant le dépistage des troubles nutritionnels, sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Soins de longue durée Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'information de toute personne hospitalisée sans consentement (HDT ou HO), sur les modalités de son hospitalisation et les possibilités de recours, est organisée.	NA	
Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	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

L'hôpital de Châteaudun a défini des éléments d'une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, notamment concernant la prescription chez le sujet âgé, la politique en matière d'antibiothérapie. Cependant, à ce jour, l'établissement n'a pas formalisée une politique du médicament avec des objectifs précis en matière de prévention des risques, la formation des professionnels ou des nouveaux arrivants, l'informatisation et les indicateurs correspondants.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.

En grande partie

L'établissement de santé de Châteaudun s'inscrit dans une perspective de communauté hospitalière de territoire (CHT) englobant plusieurs autres établissements. Dans cette perspective, l'établissement compte finaliser sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse au travers de l'informatisation de l'ensemble du dossier patient au sein de la CHT. Le projet est donc défini. Cependant, le déploiement n'est pas planifié.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Un livret thérapeutique est mis à la disposition des prescripteurs de l'établissement. Il vient d'être réactualisé (mai 2011) par le COMEDIMS et a été validé. Des bases de données et des référentiels de prescription sont accessibles via internet et l'intranet de l'établissement. Le dictionnaire Vidal est annuellement distribué dans les différents services et lieux de prises en charge. Des avis thérapeutiques sont donnés par la PUI autant que de besoin et systématiques dans certains secteurs (chimiothérapie et UCSA).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses ont été menées à la suite d'audits réalisés sur les prescriptions médicamenteuses en particulier chez le sujet âgé. Un audit, réalisé très récemment, a permis pour chaque unité de l'établissement un diagnostic sur l'ensemble de la PCEM et sur les risques présentés en comparaison avec d'autres établissements (InterDiag Médicaments, ANAP) ; cet audit a été diffusé et doit donner lieu à des formations sur le sujet.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Non	À ce jour, l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse n'est pas engagée. Une convention constitutive d'un GCS des systèmes d'information associant l'ensemble des établissements d'Eure-et-Loir est en cours de signature.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Des indicateurs notamment de consommation ont été mis en place par la pharmacie et sont régulièrement suivis : consommation de molécules onéreuses ou donnant lieu à dispensation nominative, antibiotiques, dérivés du sang, DMI, etc.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	En grande partie	La démarche de recueil et d'analyse des erreurs médicamenteuses par les professionnels concernés est initiée : fiche d'événements indésirables, analyse en cellule de gestion des risque. Cependant, cette démarche n'est pas systématique ni totalement aboutie.

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Des actions d'amélioration ont été mises en place à la suite des évaluations effectuées et du recueil des indicateurs, notamment dans les prescriptions chez le sujet âgé, dans l'antibio-prophylaxie en chirurgie, choix, durée, homogénéisation des pratiques, etc.
--	-----	---

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

L'hôpital de Châteaudun a défini des éléments d'une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, notamment concernant la prescription chez le sujet âgé, la politique en matière d'antibiothérapie. Cependant, à ce jour, l'établissement n'a pas formalisé une politique du médicament avec des objectifs précis en matière de prévention des risques, la formation des professionnels ou des nouveaux arrivants, l'informatisation et les indicateurs correspondants.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.

En grande partie

L'établissement de santé de Châteaudun s'inscrit dans une perspective de communauté hospitalière de territoire (CHT) englobant plusieurs autres établissements. Dans cette perspective, l'établissement compte finaliser sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse au travers de l'informatisation de l'ensemble du dossier patient au sein de la CHT. Le projet est donc défini. Cependant, le déploiement n'est pas planifié.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Un livret thérapeutique est mis à la disposition des prescripteurs de l'établissement. Il vient d'être réactualisé (mai 2011) par le COMEDIMS et a été validé. Des bases de données et des référentiels de prescription sont accessibles via internet et l'intranet de l'établissement. Le dictionnaire Vidal est annuellement distribué dans les différents services et lieux de prises en charge. Des avis thérapeutiques sont donnés par la PUI autant que de besoin et systématiques dans certains secteurs (chimiothérapie et UCSA).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses ont été menées à la suite d'audits réalisés sur les prescriptions médicamenteuses en particulier chez le sujet âgé. Un audit, réalisé très récemment, a permis, pour chaque unité de l'établissement, un diagnostic sur l'ensemble de la PCEM et sur les risques présentés en comparaison avec d'autres établissements (InterDiag Médicaments, ANAP) ; cet audit a été diffusé et doit donner lieu à des formations sur le sujet.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Non	À ce jour, l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse n'est pas engagée. Une convention constitutive d'un GCS des systèmes d'information associant l'ensemble des établissements d'Eure-et-Loir est en cours de signature.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Des indicateurs notamment de consommation ont été mis en place par la pharmacie et sont régulièrement suivis : consommation de molécules onéreuses ou donnant lieu à dispensation nominative, antibiotiques, dérivés du sang, DMI, etc.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	En grande partie	La démarche de recueil et d'analyse des erreurs médicamenteuses par les professionnels concernés est initiée : fiche d'événement indésirable, analyse en cellule de gestion des risque. Cependant, cette démarche n'est pas systématique ni totalement aboutie.

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Des actions d'amélioration ont été mises en place à la suite des évaluations effectuées et du recueil des indicateurs, notamment dans les prescriptions chez le sujet âgé, dans l'antibio-prophylaxie en chirurgie, choix, durée, homogénéisation des pratiques, etc.
--	-----	---

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

L'hôpital de Châteaudun a défini des éléments d'une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, notamment concernant la prescription chez le sujet âgé, la politique en matière d'antibiothérapie.
Cependant, à ce jour, l'établissement n'a pas formalisé une politique du médicament avec des objectifs précis en matière de prévention des risques, la formation des professionnels ou des nouveaux arrivants, l'informatisation et les indicateurs correspondants.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.

En grande partie

L'établissement de santé de Châteaudun s'inscrit dans une perspective de communauté hospitalière de territoire (CHT) englobant plusieurs autres établissements. Dans cette perspective, l'établissement compte finaliser sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse au travers de l'informatisation de l'ensemble du dossier patient au sein de la CHT. Le projet est donc défini.
Cependant, le déploiement n'est pas planifié.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Un livret thérapeutique est mis à la disposition des prescripteurs de l'établissement. Il vient d'être réactualisé (mai 2011) par le COMEDIMS et a été validé. Des bases de données et des référentiels de prescription sont accessibles via internet et l'intranet de l'établissement. Le dictionnaire Vidal est annuellement distribué dans les différents services et lieux de prises en charge. Des avis thérapeutiques sont donnés par la PUI autant que de besoin et systématiques dans certains secteurs (chimiothérapie et UCSA).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses ont été menées à la suite d'audits réalisés sur les prescriptions médicamenteuses en particulier chez le sujet âgé. Un audit, réalisé très récemment, a permis pour chaque unité de l'établissement un diagnostic sur l'ensemble de la PCEM et sur les risques présentés en comparaison avec d'autres établissements (InterDiag Médicaments, ANAP) ; cet audit a été diffusé et doit donner lieu à des formations sur le sujet.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Non	À ce jour, l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse n'est pas engagée. Une convention constitutive d'un GCS des systèmes d'information associant l'ensemble des établissements d'Eure-et-Loir est en cours de signature.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Des indicateurs notamment de consommation ont été mis en place par la pharmacie et sont régulièrement suivis : consommation de molécules onéreuses ou donnant lieu à dispensation nominative, antibiotiques, dérivés du sang, DMI, etc.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	En grande partie	La démarche de recueil et d'analyse des erreurs médicamenteuses par les professionnels concernés est initiée : fiche d'événement indésirable, analyse en cellule de gestion des risque. Cependant, cette démarche n'est pas systématique ni totalement aboutie.

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Des actions d'amélioration ont été mises en place à la suite des évaluations effectuées et du recueil des indicateurs, notamment dans les prescriptions chez le sujet âgé, dans l'antibio-prophylaxie en chirurgie, choix, durée, homogénéisation des pratiques, etc.
--	-----	---

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'établissement dispose de supports spécifiques de prescription pour les médicaments dérivés du sang, les antibiotiques, les stupéfiants, les DMI. Ces supports sont validés par le COMEDIMS. Un support de prescription regroupant également l'administration des médicaments est en phase de test depuis deux ans dans une unité de soins de MCO et une unité de long séjour. Un guide d'utilisation a été fourni aux utilisateurs. Il a donné lieu à une évaluation de la part de utilisateurs des services-tests (EHPAD-SLD et service de médecine à orientation gastro-entérologique). Cependant, l'exploitation des remarques de ce test n'a pas été faite, et ce support n'a pas été généralisé. Les autres unités ne disposent pas de support unique ni de règles de prescriptions. La PUI dispose de la liste des prescripteurs actualisée et validée ainsi que de leur signature.

<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	<p>Oui</p>	<p>La procédure de gestion des médicaments personnel est mise en place dès l'entrée du patient et précise leur devenir. À la sortie du patient, le traitement personnel sera revu et modifié éventuellement si nécessaire. Les prescriptions durant l'hospitalisation seront mises en place dès l'entrée du patient et réadaptées autant que de besoin.</p>
<p>Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'analyse pharmaceutique complète est réalisée pour l'ensemble des prescriptions à destination de l'UCSA ainsi que pour les chimiothérapies et pour les dispensations nominatives (les médicaments dérivés du sang, les antibiotiques, les stupéfiants). Cependant, il n'est pas réalisé d'analyse pharmaceutique par la PUI pour les autres médicaments dans les autres unités. Les dotations pour besoins urgents ne sont pas définies. L'établissement favorise l'achat de conditionnement unitaire. Cependant, il n'est pas réalisé de reconditionnement des médicaments en flacon. L'acheminement des médicaments vers les unités de soins est sécurisé. Cependant, l'acheminement des stupéfiants vers les unités de soins n'est pas sécurisé (pas de contenant sécurisé durant le transport par les IDE). Les pharmaciens assurent l'information et les conseils aux utilisateurs autant que de besoin. Une organisation est en place pour les demandes en urgences. Les stocks sont optimisés à la PUI.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies mais non formalisées, et la traçabilité est organisée. En dehors des deux unités qui ont testé le support unique, les autres unités de MCO de l'établissement disposent de supports de prescriptions qui impliquent des retranscriptions par les soignants sur l'élément de dossier qui sert à préparer les piluliers et à administrer les médicaments. À ce jour, des retranscriptions ne donnent pas toujours lieu à validation par le prescripteur. La double vérification est mise en œuvre en chimiothérapie.</p>

	Partiellement	Le matériel d'administration est sécurisé et standardisé. Le personnel n'a pas été dédié ni formé au rangement. Les responsabilités en la matière ne sont pas définies entre les services cliniques et la PUI.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Partiellement	Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » de 10 % pour la campagne de recueil 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique complète est réalisée pour l'ensemble des prescriptions à destination de l'UCSA ainsi que pour les chimiothérapies. La délivrance nominative des médicaments ne concerne à ce jour que les prescriptions médicamenteuses à risques : anticancéreux, antibiotiques, dérivés du sang, etc. Cependant, l'établissement n'a pas défini d'objectif en la matière en l'absence d'informatisation.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	La préparation des chimiothérapies se fait suivant les recommandations de bonnes pratiques validées par les professionnels : présence permanente d'un pharmacien et validation ultime, isolateur aux normes, préparatrices formées spécifiquement. Aucune autre préparation n'est réalisée dans l'établissement.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les infirmiers donnent aux patients les informations nécessaires concernant les médicaments prescrits et vérifient la bonne compréhension des informations données. En cas d'impossibilité ou de mauvaise compréhension, l'information est donnée à l'entourage. Des supports sont disponibles sur certains médicaments (vaccins, anticoagulants). La traçabilité de l'information délivrée au patient est assurée dans le dossier.

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Les personnels soignants assurent en temps réel la traçabilité de l'administration et à celle de la non-administration dont ils renseignent les causes dans les cases prévues des supports de traçabilité.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Un audit de l'ensemble de la prise en charge médicamenteuse sur toutes les unités de l'établissement vient d'être réalisé avec une cartographie spécifique de risque en fonction des unités. Les résultats viennent d'être diffusés, et des actions de formations des personnels et de mise en place d'actions d'amélioration sont prévues. Cependant, l'établissement n'a pas défini de périodicité à ce type d'audit.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Les résultats de l'audit du circuit du médicament viennent d'être diffusés, et des actions de formations des personnels et de mise en place d'actions d'amélioration sont prévues. Cependant, les actions de bon usage des médicaments (pertinence des prescriptions) n'ont pas fait l'objet d'un bilan diffusé aux professionnels.

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	<p>Les règles de prescriptions en SSR sont définies mais non formalisées.</p> <p>L'établissement dispose de supports spécifiques de prescription pour les médicaments dérivés du sang, les antibiotiques, les stupéfiants, les DMI. Ces supports sont validés par le COMEDIMS. Les supports de prescription et d'administration en SSR sont différents et donnent lieu à des retranscriptions.</p> <p>La PUI dispose de la liste des prescripteurs actualisée et validée ainsi que de leur signature.</p>
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	<p>La procédure de gestion des médicaments personnel est mise en place dès l'entrée du patient et précise leur devenir. À la sortie du patient, le traitement personnel sera revu et modifié éventuellement si nécessaire. Les prescriptions durant l'hospitalisation seront mises en place dès l'entrée du patient et réadaptées autant que de besoin.</p>

<p>Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'analyse pharmaceutique complète est réalisée pour les dispensations nominatives (les médicaments dérivés du sang, les antibiotiques, les stupéfiants). Cependant, il n'est pas réalisé d'analyse pharmaceutique par la PUI pour les autres médicaments en SSR. Les dotations pour besoins urgents ne sont pas définies. L'établissement favorise l'achat de conditionnement unitaire. Cependant, il n'est pas réalisé de reconditionnement des médicaments en flacon. L'acheminement des médicaments vers les unités de soins est sécurisé. Cependant, l'acheminement des stupéfiants vers les unités de soins n'est pas sécurisé (pas de contenant sécurisé durant le transport par les IDE). Les pharmaciens assurent l'information et les conseils aux utilisateurs autant que de besoin. Une organisation est en place pour les demandes en urgences. Les stocks sont optimisés à la PUI.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies mais non formalisées, et la traçabilité est organisée. Les deux unités de SSR de l'établissement disposent de supports de prescriptions qui impliquent des retranscriptions par les IDE sur l'élément de dossier qui sert à préparer les piluliers et à administrer les médicaments. À ce jour, des retranscriptions ne donnent pas toujours lieu à validation par le prescripteur. Le matériel d'administration est sécurisé et standardisé. Le personnel n'a pas été dédié ni formé au rangement. Les responsabilités en la matière ne sont pas définies entre les services cliniques et la PUI.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les règles de prescription sont mises en oeuvre.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » de 0 % pour la campagne de recueil 2011.</p>

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique complète est réalisée pour l'ensemble des prescriptions nominatives. La délivrance nominative des médicaments ne concerne à ce jour que les prescriptions médicamenteuses à risques : anticancéreux, antibiotiques, dérivés du sang, etc. Cependant, l'établissement n'a pas défini d'objectif en la matière en l'absence d'informatisation.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	La préparation des chimiothérapies se fait suivant les recommandations de bonnes pratiques validées par les professionnels : présence permanente d'un pharmacien et validation ultime, isolateur aux normes, préparatrices formées spécifiquement. Aucune autre préparation n'est réalisée dans l'établissement.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les infirmiers donnent aux patients les informations nécessaires concernant les médicaments prescrits et vérifient la bonne compréhension des informations données. En cas d'impossibilité ou de mauvaise compréhension, l'information est donnée à l'entourage. Des supports sont disponibles sur certains médicaments (vaccins, anticoagulants). La traçabilité de l'information délivrée au patient est assurée dans le dossier.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Les personnels soignants assurent en temps réel la traçabilité de l'administration et celle de la non-administration dont ils renseignent les causes dans les cases prévues des supports de traçabilité.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Un audit de l'ensemble de la prise en charge médicamenteuse sur toutes les unités de l'établissement vient d'être réalisé avec une cartographie spécifique de risque en fonction des unités. Les résultats viennent d'être diffusés, et des actions de formations des personnels et de mise en place d'actions d'amélioration sont prévues. Cependant, l'établissement n'a pas défini de périodicité à ce

	En grande partie	type d'audit.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Les résultats de l'audit du circuit du médicament viennent d'être diffusés, et des actions de formations des personnels et de mise en place d'actions d'amélioration sont prévues. Cependant, les actions de bon usage des médicaments (pertinence des prescriptions) n'ont pas fait l'objet d'un bilan diffusé aux professionnels.

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.

En grande partie

L'établissement dispose de supports spécifiques de prescription pour les médicaments dérivés du sang, les antibiotiques, les stupéfiants, les DMI. Ces supports sont validés par le COMEDIMS. Un support de prescription regroupant également l'administration des médicaments est en phase de test depuis deux ans dans une unité de SLD. Un guide d'utilisation a été fourni aux utilisateurs. Elle a donné lieu à une évaluation de la part de utilisateurs des services-tests. Cependant, l'exploitation des remarques de ce test n'a pas été faite, et ce support n'a pas été validé formellement pour le SLD. La PUI dispose de la liste des prescripteurs actualisée et validée ainsi que de leur signature.

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

Oui

La procédure de gestion des médicaments personnel est mise en place dès l'entrée du patient et précise leur devenir. À la sortie du patient, le traitement personnel sera revu et modifié éventuellement si nécessaire. Les prescriptions durant l'hospitalisation seront mises en place dès l'entrée du patient et réadaptées autant que de besoin.

<p>Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'analyse pharmaceutique est réalisée pour l'ensemble des prescriptions nominatives (les médicaments dérivés du sang, les antibiotiques, les stupéfiants). Cependant, il n'est pas réalisé d'analyse pharmaceutique par la PUI pour les autres médicaments en SLD. Les dotations pour besoins urgents ne sont pas définies. L'établissement favorise l'achat de conditionnement unitaire. Cependant, il n'est pas réalisé de reconditionnement des médicaments en flacon. L'acheminement des médicaments vers les unités de soins est sécurisé. Cependant, l'acheminement des stupéfiants vers les unités de soins n'est pas sécurisé (pas de contenant sécurisé durant le transport par les IDE). Les pharmaciens assurent l'information et les conseils aux utilisateurs autant que de besoin. Une organisation est en place pour les demandes en urgences. Les stocks sont optimisés à la PUI.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies mais non formalisées, et la traçabilité est organisée. Le matériel d'administration est sécurisé et standardisé. Le personnel n'a pas été dédié ni formé au rangement. Les responsabilités en la matière ne sont pas définies entre les services cliniques et la PUI.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les règles de prescription sont mises en oeuvre.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les prescriptions en USLD bénéficient d'une feuille de prescription regroupant prescriptions et administration des médicaments en cours de test. Il n'existe pas de retranscription en SLD. Cependant, les prescriptions consultées ne sont pas conformes dans leur ensemble (nom, fonction, signature et horodatage).</p>

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique est réalisée pour l'ensemble des prescriptions nominatives. La délivrance nominative des médicaments ne concerne à ce jour que les prescriptions médicamenteuses à risques : anticancéreux, antibiotiques, dérivés du sang, etc. Cependant, l'établissement n'a pas défini d'objectif en la matière en l'absence d'informatisation.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	La préparation des chimiothérapies se fait suivant les recommandations de bonnes pratiques validées par les professionnels : présence permanente d'un pharmacien et validation ultime, isolateur aux normes, préparatrices formées spécifiquement. Aucune autre préparation n'est réalisée dans l'établissement.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les infirmiers donnent aux patients les informations nécessaires concernant les médicaments prescrits et vérifient la bonne compréhension des informations données. En cas d'impossibilité ou de mauvaise compréhension, ce qui est fréquent en SLD, l'information est donnée à l'entourage. Des supports sont disponibles sur certains médicaments (vaccins, anticoagulants). La traçabilité de l'information délivrée au patient est assurée dans le dossier.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Les personnels soignants assurent en temps réel la traçabilité de l'administration et à celle de la non-administration dont ils renseignent les causes dans les cases prévues des supports de prescription/administration.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Un audit de l'ensemble de la prise en charge médicamenteuse sur toutes les unités de l'établissement vient d'être réalisé avec une cartographie spécifique de risque en fonction des unités. Les résultats viennent d'être diffusés, et des actions de formations des personnels et de mise en place d'actions d'amélioration sont prévues.

	En grande partie	Cependant, l'établissement n'a pas défini de périodicité à ce type d'audit.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Les résultats de l'audit du circuit du médicament viennent d'être diffusés, et des actions de formations des personnels et de mise en place d'actions d'amélioration sont prévues. Cependant, les actions de bon usage des médicaments (pertinence des prescriptions) n'ont pas fait l'objet d'un bilan diffusé aux professionnels.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

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

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

Critère 21.a - Court Séjour

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

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

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.	En grande partie	

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

Critère 21.a - Soins de longue durée

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

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

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

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

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

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

Critère 22.a - Court Séjour

Demande d'examen et transmission des résultats

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

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

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

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

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

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	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

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

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

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

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

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.

Partiellement

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

En grande partie

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

En grande partie

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

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

Oui

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

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

proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche, en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.	Oui	
L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en œuvre un programme d'ETP).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	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.	Partiellement	
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.	En grande partie	
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en œuvre ; si l'établissement de santé ne met pas en œuvre de programme autorisé, il lui est demandé de	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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	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.

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.	En grande partie	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin hospitalisation » et de sa valeur de 50 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [39 % - 61 %] pour la campagne de recueil 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	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.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 24: La sortie du patient

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



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La sortie ou le transfert du patient sont organisés en fonction du type de prise en charge et de son état clinique.	Oui	
Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.), lorsque la situation le nécessite.	Oui	
Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les informations, nécessaires à la continuité de la prise en charge, sont transmises aux professionnels d'aval, dans les règles de confidentialité.	Oui	

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin hospitalisation » et de sa valeur de 80 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [71 % - 89 %] pour la campagne de recueil 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	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.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 24: La sortie du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE 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

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée, et connue des acteurs du territoire de santé.

En grande partie

L'établissement a formalisé l'organisation du service des urgences dans le projet d'établissement 2007-2011 dont la validité a été prolongée pour 2012 (nouveau projet d'établissement en cours d'élaboration). Le service dispose d'un règlement intérieur depuis janvier 2011. Le fonctionnement paramédical est formalisé depuis juillet 2011.

L'organisation décrit le système d'admission des patients à partir du service des urgences.

Les modalités d'accueil des populations vulnérables sont spécifiées dans le règlement intérieur et le livret d'accueil de l'établissement.

La commission de la permanence des soins fonctionne en impliquant de manière effective les autres services et l'administration de l'établissement.

Cependant, son fonctionnement n'est pas formalisé.

Il existe des coopérations et des partenariats au sein du réseau des urgences. Les échanges d'informations et la communication au sein de ce réseau sont basés sur des échanges de documents papier et téléphoniques.

	En grande partie	La communication sur l'organisation du réseau auprès des acteurs du territoire de santé est effective. Cependant, elle n'est pas formalisée.
Le recours aux avis spécialisés, permettant de répondre aux besoins des patients, est organisé et formalisé.	En grande partie	L'établissement a mis en place des conventions qui organisent le recours aux spécialistes entre le service des urgences du centre hospitalier de Châteaudun et les spécialistes de la clinique de Vendôme. Le recours aux spécialistes en interne est organisé. Cependant, il n'est pas formalisé.
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.).	En grande partie	L'établissement a organisé la prise en charge : - des filières de soins adaptées à certaines populations spécifiques : prise en charge en pédiatrie, gériatrie et psychiatrie, etc. ; - des filières pour certaines pathologies spécifiques : AVC, infarctus du myocarde, etc. ; - des filières pour d'autres types de patients ou pathologies : soins immédiats, patients couchés, etc. Cependant, la description des filières n'est pas formalisée dans le projet de service ou le règlement intérieur.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	Oui	L'établissement a mis en place une organisation permettant la connaissance des lits disponibles quatre fois par jour par appel téléphonique des services par le cadre des urgences, à défaut une IDE. Les services d'aval sont impliqués.
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	Partiellement	Une seule IDE est spécifiquement formée à l'accueil et l'orientation. La formation des autres professionnelles est demandée, mais n'a pas été accordée jusqu'à présent. Il n'a pas été établi de programme et ni de 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 dans tous les secteurs de MCO. Cependant, l'organisation des admissions en dehors des

	En grande partie	heures ouvrables obligent parfois à un passage par les urgences pour les démarches d'admission des patients.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des temps d'attente et de passage, selon le degré d'urgence, est en place.	Oui	Il existe une traçabilité des heures d'arrivée, de passage et de sortie des patients. En l'absence d'un système d'information informatisé, un relevé sur une semaine est organisé une fois par an en tenant compte des typologies de patients (enfant, détenus, médecine, chirurgie, externe, déchoquage, garde à vue, autre). À partir de ces données, l'établissement réalise une analyse de ces indicateurs (temps d'attente et temps de passage).
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	En grande partie	L'établissement a organisé le recueil et l'analyse des dysfonctionnements liés à la prise en charge des urgences et des soins non programmés dans le cadre de la gestion des événements indésirables. Les professionnels sont informés et mettent en œuvre ce recueil. Les enjeux du recueil des dysfonctionnements sont mal connus des professionnels, notamment de la communauté médicale. Les dysfonctionnements recueillis sont analysés en cellule de gestion des risques. Les professionnels des urgences sont interrogés sur les circonstances de survenue des événements indésirables, mais ne sont pas associés à leur analyse.
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 localement par les professionnels du service et mises en œuvre. Ces dysfonctionnements ne sont pas toujours recensés dans le système de gestion des événements indésirables de l'établissement. Les plans d'actions du service sont parfois formalisés, toujours avec la participation des professionnels du service, en particulier paramédicaux. Les représentants des usagers y sont associés. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont

En grande partie	assurés par la cadre des urgences.
------------------	------------------------------------

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		C
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	Les processus à risques du bloc opératoire n'ont pas été identifiés pour chaque type et chaque étape de la prise en charge des patients au bloc opératoire. Certains processus supports, comme la gestion du matériel biomédical ou le circuit du médicament ou des dispositifs médicaux, ont identifié a priori les risques dans leur domaine. Cependant, concernant les autres domaines, l'analyse et la hiérarchisation de processus à risques n'ont pas été identifiées ni formalisées.
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).	En grande partie	Une démarche qualité en place dans l'établissement concerne le bloc opératoire. Elle n'est pas complète et concerne : - l'engagement de la direction à travers sa participation au conseil de bloc opératoire (directeur, président de CME, DSSI) ; - l'existence d'un système documentaire : classeur d'hygiène et procédures d'installation ; - le management : des fiches de postes sont disponibles à la DRH.

	En grande partie	La formation, y compris formation d'intégration des nouveaux arrivants et la gestion des événements indésirables, sont en cours de formalisation au niveau de l'établissement au moment de la visite. Il n'y a pas d'outils spécifiques au bloc opératoire de suivi et d'évaluation en vue d'actions d'amélioration.
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, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.	Partiellement	Un règlement intérieur du bloc opératoire date de 2004. Une charte de fonctionnement établit les responsabilités des professionnels et les modalités d'élaboration du programme opératoire. Cependant, elle ne précise pas les circuits de prise en charge et n'est pas validée par le conseil de bloc au moment de la visite.
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. Cependant, la valeur de l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » de 76 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [74 % - 79 %] pour la campagne de recueil 2011 montre au regard de la valeur seuil de 80 % un potentiel d'amélioration.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	En grande partie	Il existe une organisation de l'information au bloc opératoire qui permet la gestion des soins : programmation opératoire, comptes-rendus opératoires, enregistrement des actes, etc. Les modalités d'intégration au système d'information hospitalier ne sont pas définies.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable régule les activités du bloc opératoire, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	En grande partie	L'activité de régulation du bloc est assurée par la cadre du bloc opératoire. Un responsable médical est désigné. Le respect du programme est suivi, mais de façon non formalisée. Les dysfonctionnements tels que des retards dans la réalisation du programme opératoire sont identifiés et ne sont pas toujours traités.

La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	En grande partie	Les check-lists « Sécurité du patient au bloc opératoire" et « Sécurité du patient en endoscopie » sont mise en place. Ces check-lists « Sécurité du patient » sont utilisées dans 75 % des dossiers selon un audit réalisé par l'établissement début 2012. Les modalités de traçabilité de la vérification sont prévues.
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 des DMI (dispositifs médicaux implantables) et des actes. La traçabilité des DMI, des actes et des vérifications est assurée dans le dossier patient.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les professionnels s'appuient sur des procédures et protocoles issus de documents actualisés.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Partiellement	L'établissement n'a pas élaboré de tableau de bord d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Seuls sont relevés les actes réalisés au bloc opératoire. Les fiches d'événements indésirables sont analysées par la cellule de gestion des risques et donnent lieu à des actions d'amélioration. L'établissement n'a pas organisé de RMM en chirurgie ou en anesthésie. Le retour d'expérience est organisé au sein de la cellule de gestion des risques. Les actions d'amélioration prévues ne sont pas formalisées dans un plan d'action.

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



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

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

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

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



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

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audits, 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		C
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	Certains processus à risque ont été identifiés (traitement des endoscopes, vérification de l'identité du patient avant l'acte). Des mesures préventives sont prises. Cependant, l'établissement n'a pas développé de démarche systématique d'identification, d'analyse et de hiérarchisation des processus à risque en endoscopie. Aucun programme d'action préventive n'a été élaboré par l'établissement.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	En grande partie	Une documentation est à disposition des professionnels du secteur concernant le traitement des endoscopes, les installations et les missions et tâches des professionnels du secteur. Cependant, ces documents ne concernent pas encore le système d'information, la formation et l'intégration des nouveaux agents, la gestion de l'information du patient en cas de dommage lié aux soins ainsi que les outils de suivi et d'évaluation. Certains des documents mis à disposition ne sont pas actualisés ou ne répondent pas aux exigences des bonnes pratiques documentaires (absence de date, de validation, etc.).

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	Les modalités d'échanges d'informations avec les différents intervenants au cours de la prise en charge sont en place.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	Partiellement	Un système d'information est en place pour les rendez-vous assurés par l'IDE responsable du secteur et les comptes-rendus assurés par les secrétaires. Cependant, le système d'information des rendez-vous n'est pas relié au SIH. Les rendez-vous sont pris sur un carnet de façon manuscrite sans utilisation des étiquettes d'identification du patient. Les comptes-rendus sont édités sur papier et classés dans les dossiers. Les fichiers des comptes-rendus sont conservés sur serveur dans des répertoires au nom des patients. L'imagerie d'endoscopie n'est pas relié au PACS.
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.	En grande partie	Une IDE est responsable de la régulation de la programmation. Elle alerte le médecin en cas de difficulté. L'établissement n'a pas mis en place d'outils de suivi de la qualité de la programmation.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	En grande partie	Les pratiques professionnelles s'appuient sur une documentation issue de documents de référence. Cependant, l'établissement n'a pas terminé l'actualisation de cette documentation.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée tant par les professionnels médicaux que paramédicaux : check-list, dossier infirmier, comptes-rendus opératoires, dossier patient.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>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.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les événements indésirables sont déclarés par les professionnels et analysés en cellule de gestion des risques. Des actions sont définies et mises en œuvre. Cependant, le retour d'expérience n'est pas systématique, et la communauté médicale n'est que peu impliquée dans cette démarche.</p>
<p>La réalisation d'audits, le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les indicateurs quantitatifs sont suivis. Cependant, l'établissement ne suit pas d'indicateur qualitatif.</p>

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle**Critère 26.c****Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique**

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

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA		Constats
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA		Constats
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, et sont formés, notamment en matière d'information des familles.	Oui		
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA		Constats

Les activités, relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	
---	------------------	--

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

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

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a
Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation		C	
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	Différents secteurs mettent en place une organisation leur permettant de réaliser des démarches d'EPP. Les responsabilités sont définies ainsi que les outils d'évaluation pour les actions d'EPP mises en œuvre. Cependant, l'organisation n'est pas toujours structurée avec des objectifs et des processus de choix	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	Partiellement	En obstétrique, dans le cadre du réseau périnatal, certaines complications (notamment les hémorragies du post-partum) donnent lieu à un recueil et une analyse collective de type RMM. Cependant, la procédure n'en est pas formalisée et ni les thématiques définies. L'établissement n'a pas mis en place d'autre démarche de RMM en chirurgie ou en anesthésie.	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées, dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	NA		

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP.	En grande partie	Des secteurs mettent en œuvre des démarches EPP. Elles consistent en : - l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé ; - inclure la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Certaines actions d'EPP, notamment en hygiène, sont en place depuis plusieurs années et font l'objet d'ajustement annuel. Cependant, tous les secteurs d'activités, notamment médicales, ne participent pas à une démarche EPP, ni lien direct avec sa spécialité, ni en démarche transversale, ni en démarche commune à plusieurs activités.
L'engagement des professionnels est effectif.	En grande partie	Les professionnels soignants concourant aux soins des secteurs d'activités cliniques et médico-techniques sont clairement engagés dans les actions d'EPP conduites au sein de l'établissement. Cependant, les médecins, peu impliqués lors de la précédente certification, ne se sont toujours pas investis dans des démarches d'évaluations des pratiques professionnelles. L'établissement n'a pas mis en place d'organisation visant à suivre l'engagement des professionnels dans les démarches d'EPP.
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 dispositif de communication auprès des professionnels sur les démarches d'EPP mises en place et leurs résultats. Les actions d'EPP sont présentées dans les instances qualité et en réunion de cadres. Cependant, ce dispositif n'est pas structuré.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Partiellement	Pour certaines EPP reconduites chaque année, les mesures d'impact sont organisées en cohérence avec les objectifs fixés. Cependant, ces mesures ne sont pas généralisées à l'ensemble des pratiques faisant l'objet d'EPP.

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.	Non	L'établissement n'a pas mis en place de dispositif d'évaluation de l'organisation en place en vue de favoriser l'adhésion des professionnels aux démarches d'EPP.
--	-----	---

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.b Pertinence des soins

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	En grande partie	
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	En grande partie	
Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs, lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqs-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-

Éléments de lecture du tableau

Le tableau présente pour chaque année de recueil la valeur de chaque indicateur recueilli par l'établissement ainsi que l'intervalle de confiance de la valeur et le positionnement (en classe +, =, -, Non répondant) de l'établissement par rapport à la valeur seuil fixée à 80%. La valeur de l'indicateur correspond au résultat de l'indicateur pour l'établissement. L'intervalle de confiance (IC) à 95% est l'intervalle dans lequel il y a 95 chances sur 100 de trouver la vraie valeur de l'indicateur pour l'établissement.

Chaque année et pour chaque indicateur, la valeur obtenue par l'établissement est répartie en quatre classes : +, =, -, Non répondant. Les trois premières classes ont été définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95% du score de l'établissement à la valeur seuil 80% pour cet indicateur. Une quatrième classe a été créée pour les « Non répondant ».

- La classe + correspond aux valeurs de résultats significativement supérieures à la valeur seuil.
- La classe = correspond aux valeurs des résultats non significativement différents de la valeur seuil.
- La classe - correspond aux résultats significativement inférieurs à la valeur seuil.
- La classe Non répondant est composée des établissements non répondant.

Remarque :

1. Pour une meilleure lisibilité des résultats, les scores de qualité I1TDP et I1 TDA ont été multipliés par 100.
2. Si la taille de l'échantillon de dossiers de séjours est trop petite, inférieure ou égale à 30 ("Effectif avec N inférieur ou égal à 30"), la méthode statistique de classement fondée sur le calcul de l'intervalle de confiance ne peut pas s'appliquer. L'intervalle de confiance n'est pas calculé et l'établissement n'est pas positionné selon les classes.

Le recueil et la valeur des indicateurs sont pris en compte dans le rapport de certification pour apprécier les critères pour lequel un indicateur est disponible. Le tableau suivant présente synthétiquement les résultats obtenus par l'établissement au regard de l'ensemble des indicateurs recueillis chaque année.

Etablissement : C.H. DE CHATEAUDUN (280500075)

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 : C.H. DE CHATEAUDUN (280500075)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier patient (score sur 100)	50 [46 - 53]		(-)	➔	59 [55 - 63]		(-)	NA	59 [55 - 63]		(-)	➔				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	35 [25 - 45]		(-)	➔	44 [33 - 55]		(-)	➔	50 [39 - 61]		(-)	➔				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	4 [0 - 8]		(-)	➔	11 [4 - 18]		(-)	➔	25 [16 - 34]		(-)	➔				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	38 [27 - 48]		(-)	➔	70 [60 - 80]		(=)	➔	78 [68 - 87]		(=)	➔				

Etablissement : C.H. DE CHATEAUDUN (280500075)

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 : C.H. DE CHATEAUDUN (280500075)

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)	68 [64 - 72]		NA		80 [77 - 83]		(=)		76 [74 - 79]		(-)					

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

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

Nom de l'établissement : Centre Hospitalier de CHATEAUDUN

N° FINESS : 280500075

HOPITAL DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	Aucun contrôle réalisé									Dernier contrôle le 26/9/2007 par l'Inspection Régionale de la Pharmacie
Isolateur (URCC)	JCE	13/09/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Air médical	APAVE	29/09/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inspection périodique compresseur air médical horizontal
Air médical	APAVE	29/09/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inspection périodique compresseur air médical vertical
Gaz médicaux	APAVE	19/11/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vérification périodique installations de gaz médicaux
Stérilisation des dispositifs médicaux	Inspection Régionale de la Pharmacie	05 juillet 2002	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HOPITAL 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	
	APAVE	du 14/09/2009 au 18/09/2009								Epreuve décennale autoclave n°1
		du 15/03/2010 au 19/03/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epreuve décennale autoclave n°2
	GUETING CMI	du 11/04/2011 au 13/04/2011								Requalifications annuelles : autoclave n°1 autoclave n°2
Désinfection des dispositifs médicaux	aucun contrôle par un organisme agréé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	une maintenance est réalisée et organisée en interne et externe (lave-endoscope, ultrason et laveur/désinfecteur d'instrument)
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convention de partenariat avec le CHR d'Orléans signée le 20 janvier 2011
Infrastructures	APAVE	03/02/2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérification périodique des installations de chauffage
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/>	Sous Commission Départementale (Eure et Loir) pour la Sécurité contre les	19/02/2010	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avis favorable d'exploitation, sous réserve de réalisation des travaux. Une opération de Mise en Sécurité Incendie

HOPITAL DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
- Catégorie 5 : absence de visite <input type="checkbox"/> périodique	Risques d'Incendie et de Panique dans les ERP									ayant reçu un avis favorable par la Commission de Sécurité le 9 octobre 2007 est en cours : - les travaux prioritaires dans les locaux à sommeil sont achevés - le reste des travaux (plateau technique, services généraux) est en cours d'exécution - La Réception Globale est envisagée au cours du premier semestre 2012
Sécurité électrique	APAVE	07/03/2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entretien courant
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations d'Eure et Loir, Service Qualité et Sécurité des Aliments	17/02/2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etablissement en non-conformité mineure compte tenu de la fin de la restructuration des locaux
Eaux à usage médical	Aucun contrôle réalisé		<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	SOCOTEC	23/10/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrôle réglementaire tour aéroréfrigérante Plannification de changement de l'installation

HOPITAL DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMAN- -DATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Eaux chaudes sanitaires	Eurofins (anciennement laboratoire Galys) 45760 Vennecy	29/03/2011	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recherche de Legionella
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques radioactifs	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits sanguins labiles	EFS	22/12/2010	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité anesthésique	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secteur opératoire	Aucun contrôle réalisé		<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	AMTECH MED	25/01/2011								Contrôle qualité externe scanner GE
		04/05/2011	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrôle qualité externe mammographe et système de reprographie numérique suivant nouvelle réglementation
		05/05/2011								

HOPITAL DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMAN- -DATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
		05/10/2010 30/04/2010								Contrôle qualité externe initial salle capteur plan Contrôle qualité externe mobile de radio
Radiothérapie	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	ADExpertises (28300 Lèves)	04/06/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recommandations dans le Dossier Technique Amiante : Contrôles Périodiques

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

U.S.L.D. DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dernier contrôle le 26/9/2007 par l'Inspection Régionale de la Pharmacie
Gaz médicaux	APAVE	19/11/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stérilisation des dispositifs médicaux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinfection des dispositifs médicaux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoires d'analyses de biologie médicale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infrastructures	APAVE	03/02/2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Vérification périodique des installations de chauffage, les recommandations non prises en compte concernent la conception initiale des locaux appartenant au Conseil Général d'Eure et Loir
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite	Sous Commission Départementale (Eure et Loir) pour la Sécurité contre les Risques d'Incendie et de	30/10/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

U.S.L.D. 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	
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	ADExpertises (28300 Lèves)	29/09/2006	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DTA : Il n'a pas été repéré de matériaux et produits contenant de l'amiante

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
<p>Mise en place de l'operculage</p> <p>09a (une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en restauration)</p>	<p>oui (13 juillet 2010)</p>	<p>Mise en place de l'operculage dans les circuits annexes (EHPAD, SLD, ...). les actions suivantes ont été menées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mise en conformité des locaux, - acquisition de matériels, - création de locaux réfrigérés, - formation du personnel sur site, - formalisation de la marche en avant, - mise en place de mesures correctives suite aux dysfonctionnements signalés au fur et à mesure, <p>Démarche d'operculage reconnue et acceptée par la Direction des Services Vétérinaires</p>