



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010
CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK

1 rue de l'hôpital Bp 209 - 59524 - Hazebrouck

AVRIL 2014

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	12
1. Niveau de certification	13
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	14
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	15
4. Critères investigués lors de la visite de certification	16
5. Suivi de la décision	18
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	20
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	23
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	25
3. Regard Patient	27
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	27

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	33
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	35
PARTIE 1. Management stratégique	36
PARTIE 2. Management des ressources	62
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	107
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	137
PARTIE 1. Droits et place des patients	138
PARTIE 2. Gestion des données du patient	218
PARTIE 3. Parcours du patient	246
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	372
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	398
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	405
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	407

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 D'HAZEBROUCK

Adresse : 1 rue de l'hopital Bp 209
59524 Hazebrouck NORD

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

Statut : Public

Type d'établissement : Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	92	3	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	20	0	0
Hospitalisation à domicile	0	30	0

Nombre de sites.:	1 site, Le batiment de l'HAD est situé à quelques minutes à pied du Centre Hospitalier.
Activités principales.:	Médecine polyvalente, Chirurgie générale et viscérale, Gynécologie-obstétrique Soins de suite et de réadaptation polyvalents Hospitalisation à Domicile
Activités de soins soumises à autorisation.:	Activités de soins de Médecine Activités de soins de Chirurgie Chirurgie pour le cancer mammaire Activités de soins de Périnatalité-Néonatalogie niveau 1 Activités de Soins de Suite et de Réadaptation Urgences Hospitalisation à Domicile Chimiothérapie Pharmacie à usage intérieur et Cytostatiques
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	* Communauté Hospitalière de Territoire avec le Centre Hospitalier d'Armentières et le Centre Hospitalier de Bailleul, Convention signée le 14/12/2011 * Filière gériatrique : partenariat avec tous les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
--	---

- EHPAD Intercommunal de Boëschèpe et Godewaersvelde, (Boëschèpe), Conventions signées en 2009
- Résidence les Hauts de Flandre, (Cassel), Conventions signées en 2008 et 2009
- Résidence les Charmilles, (Estaires), Conventions signées en 2008 et 2009
- Maison Clairefontaine, (Hazebrouck), Conventions signées en 2008 et 2009
- Résidence Léon Duhamel, (Merville), Conventions signées en 2008 et 2009
- Résidence de l'Aubépine, (Meteren), Conventions signées en 2008 et 2009
- Résidence Marguerite de Flandre, (Nieppe), Conventions signées en 2008 et 2009
- Résidence les Sept Fontaines, (Steenvoorde), Conventions signées en 2008 et 2009
- Résidence Abbé François, (Steenwerck), Conventions signées en 2008 et 2009
- Résidence du Plessy, (Vieux Berquin), Conventions signées en 2008 et 2009
- Résidence Liévin Petitprez, (Morbecque), Conventions signées en 2008 et 2009
- EHPAD La Baronnie du Val de Lys, (Haverskerque), Conventions signées en 2008 et 2009
- Résidence Les Myosotis, (Steenbecque), Conventions signées en 2008 et 2009
- Maison de Famille L'AVE MARIA, (Wardrecques), Convention signée le 24/08/2012
- EHPAD du Centre Médical des Monts de Flandre, (Bailleul), Convention signée le 26/10/2012
- EHPAD Fondation Henry Delerue, (Houplines), Convention signée le 30/10/2009
- EHPAD St Jean, (Bergues), Convention signée le 07/08/2009
- EHPAD, (Hondschoote), Convention signée le 15/07/2009
- Résidence Van Kempen, (Arneke), Convention signée le 17/03/2010

* Partenariats du Centre Hospitalier d'Hazebrouck entre son service d'HAD (Hospitalisation A Domicile) et les EHPAD (24 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

* Partenariats du Centre Hospitalier d'Hazebrouck entre le SSR (Service de Soins de Suite et de Réadaptation) et les EHPAD (14 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) de Flandre Intérieure

* Centre Hospitalier d'Armentières: Pharmacie, Convention signée le 01/05/2004: Définition des modalités de mise en commun des moyens en matière de Pharmacie pour assurer la permanence pharmaceutique et plus particulièrement permettre la délivrance des médicaments en urgence en dehors des heures ouvrables du service de Pharmacie du Centre Hospitalier d'Hazebrouck

* Centre Hospitalier d'Armentières :

- Angéiologie, Convention signée le 20/11/2003

- Laboratoire, Convention signée le 09/10/2007

- Réanimation : Convention de coopération pour les patients nécessitant une hospitalisation en réanimation, Convention signée le 19/05/2009

- Cancérologie: Centre de Coordination en Cancérologie (3C) «3C Lille – Flandre Lys – Cambrésis », Convention signée le 08/07/2009

- Cancérologie: Activité en cancérologie, Convention signée le 01/06/2010

- Endocrino-Diabétologie : Filière Endocrino-Diabétologie Flandre Lys, Convention signée le 18/03/2010

- Stérilisation : Modalités de sous-traitance de la stérilisation du matériel réutilisable du Centre Hospitalier d'Hazebrouck et du Centre Hospitalier d'Armentières en cas de situation d'urgence (non prévisible)

- Pédiatrie, Convention signée le 21/01/1985

*Centre Hospitalier de Bailleul : Gynécologie-Obstétrique, Convention signée le 25/01/1996

* Orthoflandre, Convention signée le 13/11/2008: chirurgie orthopédique de coopération avec le Centre Hospitalier d'Armentières et le Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille

Réorganisation de l'offre de soins

* Centre Hospitalier d'Armentières /Centre Hospitalier de Bailleul : HAD/Service Inter-hospitalier , Convention signée le 01/07/2005
 *Etablissement Public de Santé Mentale des Flandres : Pédiopsychiatrie/Psychiatrie, Convention signée le 03/04/2001
 * Centre Hospitalier d'Armentières / Centre Hospitalier de Bailleul : Alcoologie/Service Inter-hospitalier , Convention signée en mars 2001
 * Centre Hospitalier d'Armentières et le Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille : Urgences/Service Inter hospitalier, Convention signée le 30/06/2000
 * l'Association Saint-Louis Maison Médicale Jean XXIII : Soins palliatifs, Convention signée le 18/01/1999
 *Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille: Anesthésie, Convention signée le 01/06/1999 ; Filière AVC, Convention signée le 08/01/2008 ; Rhumatologie, Convention signée le 26/05/2009 ; Chirurgie pédiatrique, Convention signée le 01/09/2009, HAD, Convention signée le 01/10/2009
 Réseaux :
 *Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille : Périnatalité/OMBREL, Convention signée le 24/05/2005
 *Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille : Périnice/Urologie, Convention signée le 07/03/2005
 *Centre Hospitalier d'Armentières / Centre Hospitalier de Bailleul: Imagerie, Convention signée le 17/07/2003

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

2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1.Niveau de certification

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

Décisions

RECOMMANDATION(S)

26.a (Organisation du bloc opératoire) .

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé; l'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

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

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

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 10/09/2013 au 13/09/2013.
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigué les critères suivants :

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

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

MANAGEMENT DES RESSOURCES

4.a, 4.b, 5.a, 5.b, 6.b, 6.g, 7.e

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.a Hospitalisation à domicile, 10.d Hospitalisation à domicile, 10.e Hospitalisation à domicile, 11.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.b Hospitalisation à domicile, 12.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 12.a Hospitalisation à domicile, 12.a Court Séjour, 13.a Court Séjour, 13.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 13.a Hospitalisation à domicile

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

14.a Court Séjour, 14.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 14.a Hospitalisation à domicile, 14.b Hospitalisation à domicile, 14.b Court Séjour, 14.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 15.a Court Séjour, 15.a Soins de suite et/ou de réadaptation

PARCOURS DU PATIENT

17.a Court Séjour, 17.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 18.a Hospitalisation à domicile, 18.a Court Séjour, 18.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.a Personnes âgées, 19.b Court Séjour, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.b Hospitalisation à domicile, 20.a Court Séjour, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a Hospitalisation à domicile, 20.a bis Hospitalisation à domicile, 20.a bis Court Séjour, 20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation, 24.a Hospitalisation à domicile, 24.a Court Séjour, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

L'établissement a la possibilité de lever tout ou partie de ses recommandations avant la prochaine itération par le biais d'un rapport de suivi dans un délai de 3 mois. S'il ne souhaite pas ou n'a pas la possibilité de lever les recommandations dont il fait l'objet, il devra fournir dans le même délai à la Haute Autorité de Santé un plan d'actions avec échéancier.

3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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)
- Continuité et coordination de la prise en charge des patients (18.a)
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge médicamenteuse du patient (20.a bis)
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25.a)
- Or

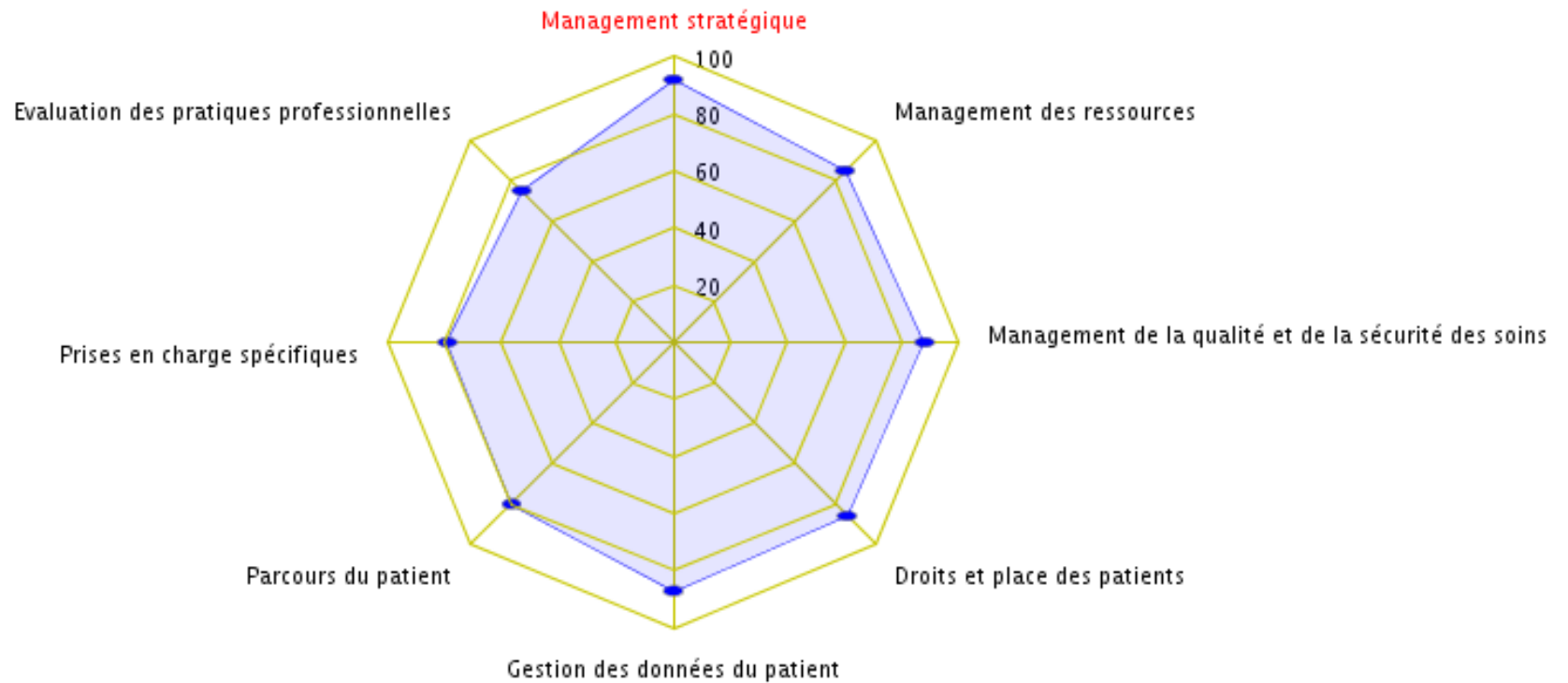
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

[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 :

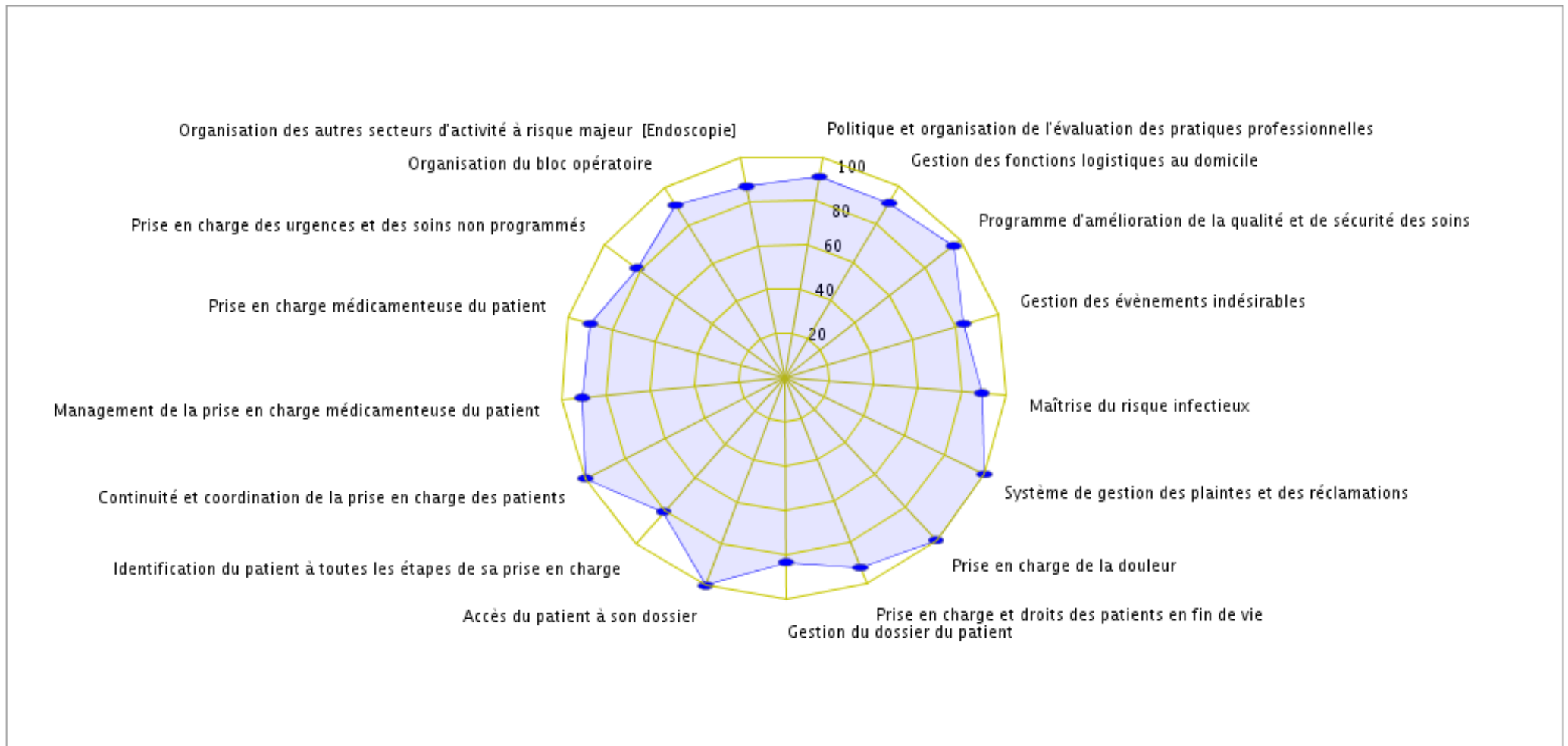
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

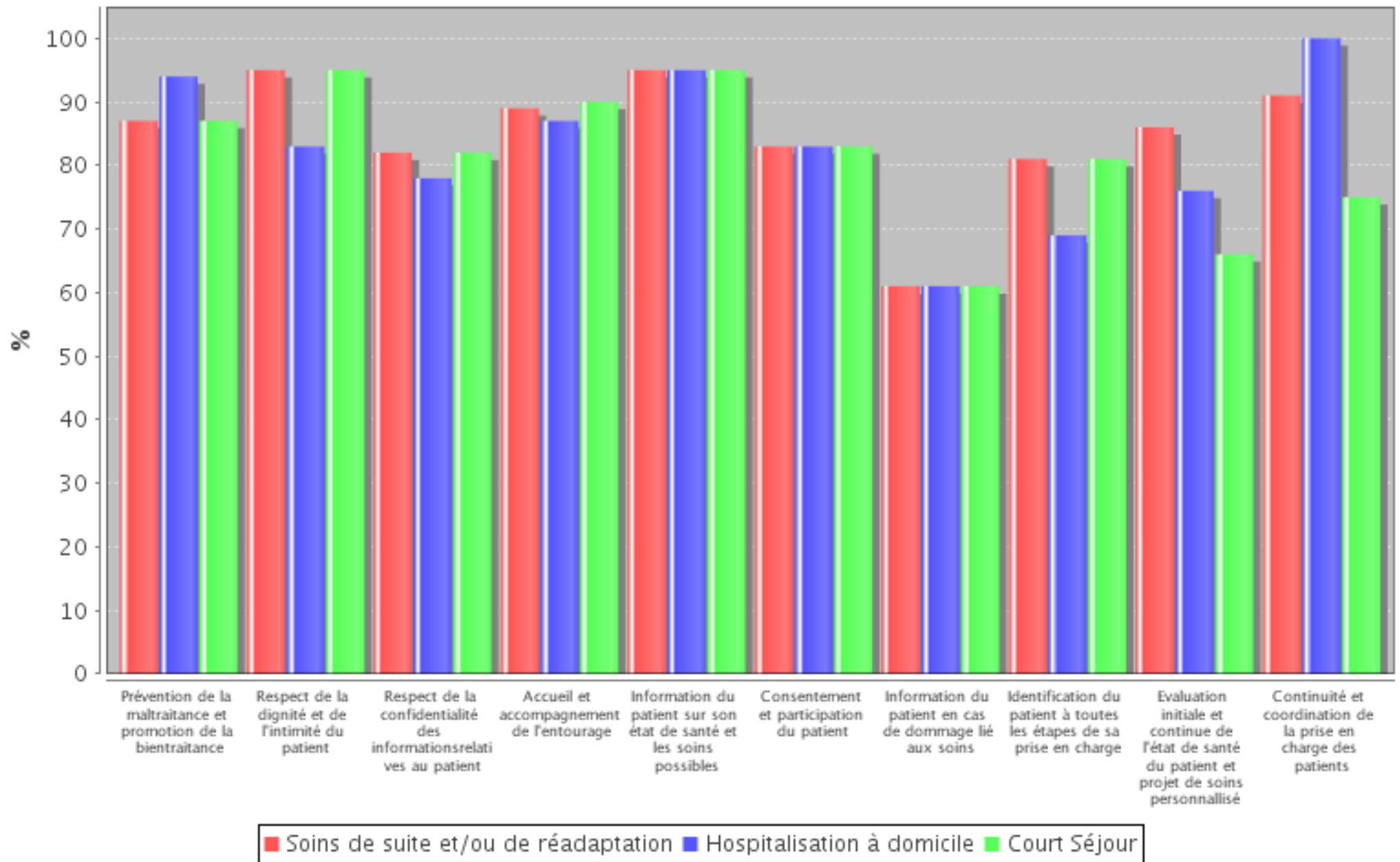


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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
18b (Une identification fiable et unique du patient est assurée) ;	Type 1	Oui	<p>Un projet d'identitovigilance est intégré dans le projet d'établissement 2013-2017. La politique d'identification des patients a été formalisée en 2011 et contient une charte identitovigilance. Les instances de gestion de l'identitovigilance sont mises en place depuis 2011, avec règlements intérieurs validés:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autorité de gestion de l'identité, comité de pilotage - Cellule d'identitovigilance, cellule opérationnelle depuis juin 2011 (réunions: 3 fois/an). - Des administrateurs d'identité sont nommés. <p>Un guide regroupant les procédures en lien avec l'identitovigilance a été validé et diffusé à l'ensemble des personnels en mars 2012. La même année, 14 séances de sensibilisation ont été organisées par les membres de la cellule d'identitovigilance permettant de toucher 265 membres du personnel. Une formation spécifique par un organisme extérieur pour les personnels créant les identités a été organisée en mai 2013.</p>
19d MCO, SSR (Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable grave lors de sa prise en charge) ;	Type 1	Oui	<p>Une formation sur les dommages liés aux soins a été dispensée par un organisme extérieur en juin 2012. 11 personnes y ont participé (médecins, cadres). Au décours de cette formation, un groupe de travail identifié a élaboré une procédure indiquant les modalités d'information du patient lors d'un dommage lié aux soins. Cette procédure a été validée en CME le 11/12/2012 puis mise à disposition de l'ensemble des personnels par le biais de la gestion documentaire.</p> <p>Lors de la "Semaine Sécurité des patients 2012", deux séances de discussion ont été organisées par la cellule qualité autour de la diffusion du film de la HAS « Annonce d'un dommage associé aux soins ». 21 personnes y ont</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			participé. Ce film a ensuite été mis à disposition de l'ensemble des personnels des unités de soins.
24c MCO, SSR (La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient) ;	Type 1	Oui	<p>Depuis Décembre 2012 une procédure « Information du patient sur leurs soins ou leur état de santé » est disponible par l'informatique pour l'ensemble des professionnels. Elle précise les modalités pour assurer l'information donnée au patient et sa traçabilité. Un support de sensibilisation pour les professionnels a été élaboré à la même époque. Des fiches d'information sont mises à disposition des patients au niveau des consultations. En Mai 2013 les consultations d'anesthésie ont été restructurées, avec mise à disposition d'un temps infirmier disponible pour améliorer l'information du patient. L'information du patient et/ou de son entourage et les éléments de réflexion sur la balance bénéfice-risque sont pris en compte principalement lors des consultations. La balance bénéfice/risque est également appréciée et tracée lors des réunions entre les professionnels en hospitalisation et les Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (oncologie ou soins palliatifs). Le recueil des consentements obligatoires est réalisé (autorisation d'opérer, anesthésie, endoscopie, amniocentèse, transfusion). Par ailleurs la fiche de consentement éclairé pour une intervention chirurgicale ou une endoscopie, permet également de tracer les éléments de la réflexion bénéfice-risque. Il existe une zone « information orale donnée au patient » à cocher sur les fiches transversales de liaison dans les secteurs cliniques.</p> <p>Un audit a été mené sur le dossier en Juin 2013 comportant un item « traçabilité de la réflexion bénéfice/risque; la traçabilité est constatée sur 5 dossiers</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>sur 5 avec une prise en charge invasive (2 en chirurgie, 1 en médecine, 2 en hôpital de jour).</p> <p>Dans les différents secteurs la traçabilité est assurée selon différents procédés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit l'item de l'information orale donnée au patient est coché, au minimum, - soit le consentement éclairé est signé par le patient, le plus souvent en chirurgie, à l'appui de schémas explicatifs, - soit il existe une traçabilité dans le courrier adressé au médecin traitant.
28b MCO (L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie) ;	Type 1	Oui	<p>Les procédures de traçabilité des endoscopes ont été réactualisées en 2010, la traçabilité réglementaire de l'endoscope utilisé est réalisée au sein du dossier patient et au sein des divers documents utilisés dans le secteur.</p> <p>Les informations sur l'évolution de l'état de santé sont assurés lors des visites médicales journalières organisées en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique et bi hebdomadaires en addictologie, afin de réajuster le projet de soins si besoin.</p> <p>Dans toutes les unités, la coordination entre les équipes médicales et paramédicales permet l'évaluation pluri-quotidienne de l'état de santé du patient et le réajustement de sa prise en charge, lors des réunions d'équipe, des réunions de synthèse en s'appuyant sur le dossier patient (transmissions ciblées). Des évaluations sont également réalisées par les kinésithérapeutes et autres paramédicaux avec réajustement du projet de soins si besoin. Le patient est informé du réajustement de son projet de soins par les professionnels du service (médecins et paramédicaux). Tous les intervenants ont la possibilité de tracer leurs interventions dans le dossier</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			patient.
31b MCO (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées).	Type 1	Oui	Le logiciel du circuit des médicaments est installé dans l'ensemble des unités de soins, accessible aux prescripteurs (hormis en HAD), aux professionnels de santé habilités et aux pharmaciens. L'ensemble de l'organisation en place est décrite dans le manuel qualité et les procédures en vigueur. Le logiciel permet de centraliser les prescriptions vers la pharmacie. Une analyse pharmaceutique est réalisée pour toute ordonnance, la délivrance des médicaments est réalisée de manière nominative, la gestion des stocks est assurée en temps réel.

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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.

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).	Oui	
Des formations sur les droits des patients, destinées aux professionnels, sont organisées.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.e Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation

A

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

Le projet d'établissement 2013-2017 précise la stratégie de développement de l'EPP dans le projet médical (projet du pôle clinique) et dans le projet qualité gestion des risques sous le chapitre « Pérenniser les évaluations des pratiques professionnelles au sein de l'ensemble des secteurs d'activité ». Les constats et les objectifs à atteindre sont décrits concernant le pilotage, l'intégration des EPP dans les secteurs de soins, le suivi et la communication. Les indicateurs d'évaluation des résultats sont définis. Les objectifs opérationnels, pilotes, calendriers, résultats déjà acquis sont formalisés et intégrés dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 2010-2014.

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

Oui

Les projets de pôle et qualité/sécurité des soins, contenant la stratégie EPP, ont été présentés et validés en commission médicale d'établissement (CME), en commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) et en directoire, en octobre 2012.
 La CME a nommé un chirurgien comme médecin coordonnateur de la stratégie. Il assure se rôle en

	Oui	collaboration étroite avec la responsable qualité et la cellule de gestion des risques (CGR) dont la composition associe des gestionnaires et des professionnels du soin. La CME et la CSIRMT bénéficient d'échanges sur l'état d'avancement du programme. Le choix des EPP émane à la fois des instances administratives (obligations réglementaires) et des responsables médicaux et soignants des secteurs d'activité selon leurs besoins et demandes.
Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.	Oui	Un médecin coordonnateur pour les EPP a été nommé en CME depuis octobre 2010. Il s'assure, conjointement avec le responsable qualité, de la progression du programme EPP 2011-2014 validé en CME. Les responsabilités et missions du médecin coordonnateur sont détaillées dans le projet qualité sécurité des soins 2013-2017, sa fiche de mission a été présentée lors de la CME d'octobre 2010. Afin de cadrer la démarche, un programme EPP 2011-2014 a été validé en CME en décembre 2010. Les actions d'EPP à déployer ont été choisies en fonction : - des actions d'EPP du programme 2007-2010 non finalisées ; - des attentes de la HAS dans le cadre de la certification ; - des besoins individuels des médecins. En pratique, lorsqu'une démarche EPP est envisagée, le thème est soumis au médecin coordonnateur, présenté au responsable qualité puis validé en CME. Lorsque les démarches d'EPP sont décidées, un groupe d'EPP est formé avec les professionnels pluridisciplinaires en cohérence avec le thème et sur la base du volontariat. Les praticiens et les responsables d'unités contribuent et mettent en oeuvre la démarche qualité.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	L'accompagnement méthodologique des professionnels pour la mise en oeuvre des EPP est réalisé depuis la mise en place des EPP dans l'établissement. En septembre 2006, les médecins et les cadres ont été sensibilisés à l'EPP par les

	Oui	<p>chargés de mission régionaux de la HAS. Entre 2007 et 2008, la réalisation de trois EPP a été accompagnée par un organisme agréé HAS. Une formation à l'audit a été dispensée par la responsable qualité pour des auditeurs internes volontaires (15 professionnels) en 2011.</p> <p>Il existe un programme de formation avec dates et participants pour 2013 pour l'analyse des événements indésirables liés aux soins et l'analyse des erreurs médicamenteuses.</p> <p>La responsable qualité est disponible, à la demande, pour assurer un soutien organisationnel et méthodologique aux groupes de travail des EPP. Les professionnels disposent d'outils d'aide méthodologique sous forme de fiche(s) ou de protocole(s).</p>
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	<p>L'état d'avancement des démarches EPP est suivi et organisé par le responsable qualité en concertation avec le médecin coordonnateur de l'EPP. Ce suivi est structuré dans un tableau de bord réactualisé semestriellement et validé par le médecin coordonnateur des EPP, conformément aux missions qui lui sont attribuées. Ce tableau de bord indique pour chaque EPP les évolutions et les impacts.</p> <p>La responsable qualité réalise trimestriellement des bilans avec les groupes de travail qualité dont les EPP. L'état d'avancement et l'impact des démarches EPP sont examinés semestriellement en CME.</p>
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	En grande partie	<p>Des retours d'information sont faits par le biais des instances (CME et CSIRMT) et de la commission des cadres. Un article à propos des EPP est paru dans le journal interne « Spécial certification » en 2013.</p> <p>Cependant, le développement du dispositif d'information est récent, il n'est pas décliné en termes d'objectifs et de cibles. Lors de la visite, les professionnels rencontrés avaient connaissance de la politique mais pas des résultats.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Le bilan annuel de l'avancée des démarches EPP est présenté devant les instances : CME, CSIRMT, comité technique d'établissement (CTE), conseil de surveillance.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	En grande partie	Les objectifs en lien avec les démarches EPP, intégrés dans le programme qualité, sont suivis, projet par projet et à fréquence en moyenne trimestrielle. Les programmes EPP ont été révisés et formalisés : 2007-2010, 2011-2014. La stratégie de l'organisation des EPP a été revue lors de l'engagement de l'établissement dans la certification V2010 sans qu'une périodicité n'ait été définie.

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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.	En grande partie	
Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU.	Oui	

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

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

Cotation		
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.).	Partiellement	
---	---------------	--

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

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

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

Oui

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de prévention des risques sont mises en oeuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.	Oui	

Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en oeuvre.	Oui	
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.	Oui	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

Cotation		
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.	Oui	
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.	En grande partie	
La satisfaction du personnel est évaluée.	Oui	

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 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.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement conduit des études ou des audits sur ses principaux processus de production.	En grande partie	
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.	Oui	

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.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

<p>Le système d'information est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les demandes d'intervention sont recensées, suivies et enregistrées dans un tableau de suivi. L'établissement vient de réaliser un audit portant sur le circuit du système d'information en cours d'analyse. Cependant, le plan d'actions n'est pas encore défini.</p>
---	-------------------------	---

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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.

Oui

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif est connu des professionnels.

Oui

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.

Oui

Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

En grande partie

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 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.	En grande partie		
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 oeuvre.	Oui	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

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

Cotation	B	
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.	En grande partie	

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

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 oeuvre.	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 les plans quantitatif et qualitatif, en associant les utilisateurs.	Oui	
La politique d'achat et de relation avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat éco-responsable.	En grande partie	
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 amorce une démarche d'achat éco-responsable pour certains produits ou services.	Oui	

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

A

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.

Oui

La mise à disposition des matériels médicaux au domicile du patient est organisée en partenariat avec des prestataires extérieurs. L'HAD a conclu des contrats de prestations de service avec trois prestataires principaux qui ont répondu au cahier des charges correspondant à une offre de marché public.

L'établissement possède quelques pompes de diffusion des médicaments gérées par le service biomédical.

Les dispositifs médicaux, les consommables et les médicaments sont fournis par la pharmacie à usage interne du centre hospitalier.

L'organisation de leur mise à disposition auprès du patient est décrite dans la procédure "Circuit du médicament HAD", élaborée avec le pharmacien du centre hospitalier.

La procédure "Accueil du patient en HAD" précise les modalités de recueil des besoins des patients en matériels médicaux. Les besoins sont évalués au cours de la visite de pré-admission par l'infirmière de coordination qui détermine le matériel nécessaire, selon les besoins et l'état de santé du patient, et organise la livraison pour la date prévisible de retour à domicile. Elle utilise et complète une fiche de «

	Oui	demande de livraison et d'installation de matériel médical », faxée au prestataire concerné avec confirmation la veille de la prise en charge effective du patient par l'HAD et ajustements si nécessaire tout au long de l'hospitalisation.
En cas de rupture d'un produit, des solutions de substitution sont prévues.	Oui	<p>Les contrats passés avec les prestataires permettent de répondre à une rupture de produit ou de trouver des solutions de substitution. En cas de non disponibilité d'un prestataire, il est possible de faire appel aux autres partenaires. Les prestataires mettent à disposition de l'HAD du matériel de suppléance identifié (aspirateur, pompe) permettant de répondre à un besoin ponctuel ou urgent. Pour les matériels identifiés à risques (respirateur), les prestataires fournissent du matériel de suppléance (ex. : batteries de rechange). Les prestataires se sont engagés, par contrat, sur une astreinte 24 h/24.</p> <p>En ce qui concerne les dispositifs médicaux fournis par la pharmacie de l'établissement, en cas de besoin imprévu ou urgent, un approvisionnement par l'unité de médecine est de règle, lorsque cela s'avère nécessaire.</p> <p>Les modalités de recours, en cas de rupture de produits pharmaceutiques en HAD, sont décrites dans la procédure "Circuit des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (HAD)". En cas de rupture d'un produit, la pharmacie hospitalière peut fournir les produits manquants pendant les heures ouvrables. En dehors des heures ouvrables de la pharmacie, le recours est organisé vers une unité de soins de l'établissement (pour les médicaments hospitaliers) et/ou aux officines de ville et dans l'impossibilité d'être dépanné, par appel au pharmacien de garde du centre hospitalier d'Armentières (garde partagée avec l'établissement).</p>
Les modalités de transport des différents matériels et médicaments sont formalisées.	Oui	<p>Pour les prestataires extérieurs, les cahiers des charges définissent les modalités de transport des équipements, notamment les délais et leurs obligations en matière de transport. Les modalités de transport des dispositifs médicaux et des médicaments sont formalisés dans la procédure "Circuit des médicaments et des dispositifs</p>

	Oui	<p>médicaux stériles (HAD)". De la pharmacie vers l'HAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les traitements sont dispensés dans des piluliers hebdomadaires nominatifs. Ils sont déposés dans un bac de transport qui est lui-même scellé. Tous les bacs de transport sont amenés à l'HAD par véhicules puis transportés par les professionnels vers le domicile ; - les traitements médicamenteux nécessitant une conservation au froid (sirop, gouttes, stylos à insuline, par exemple) sont transportés dans des pochettes isothermes avec un bloc de glace, si nécessaire ; - les médicaments stupéfiants sont transportés et stockés à domicile dans un coffre sécurisé nominatif ; - les dispositifs médicaux sont acheminés dans un sac papier identifié de transport par les infirmières avec des véhicules. <p>De l'HAD vers le domicile du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les piluliers et les coffres sécurisés sont disposés dans des bacs de transport, pour être amenés au domicile des patients, par les infirmières ; - les dispositifs médicaux sont amenés dans un sac papier identifié de transport et déposés au domicile des patients, par les infirmières. <p>La procédure "Véhicule de service HAD" précise les modalités d'entretien des véhicules de l'HAD.</p>
En cas de prestation extérieure, une convention de collaboration est formalisée.	Oui	<p>L'HAD a conclu des contrats de prestations de service avec trois prestataires principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un pour le matériel médical ; - un pour les équipements respiratoires ; - un pour l'enlèvement et l'élimination des déchets. <p>Chaque prestataire a répondu au cahier des charges correspondant à une offre de marché public. Le respect des principes d'hygiène est intégré dans les procédures en vigueur.</p>

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les cahiers des charges des prestataires prévoient l'organisation d'une permanence de maintenance continue et de gestion des urgences 24 h/24 et 7 j/7. Les prestataires extérieurs assurent les remplacements des matériels défectueux dans les plus brefs délais, pour assurer la continuité et la qualité de la prise en charge auprès des patients. Quelques matériels de substitution sont laissés en dépôt au siège de l'HAD en cas de besoin.</p> <p>Les professionnels de l'HAD et les patients ont à leur disposition les numéros d'urgence des prestataires dans le dossier « domicile » du patient pris en charge. Les bordereaux de livraison des matériels comportent systématiquement le numéro de téléphone à contacter en cas d'urgence. Le patient et l'entourage sont informés, dès l'admission en HAD, de la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement du matériel. Les coordonnées des prestataires extérieurs sont indiquées sur la première page du dossier patient, ainsi que les coordonnées de l'infirmière d'astreinte.</p>
<p>Pour les patients à haut risque vital, l'HAD s'assure de leur signalement à « Electricité Réseau Distribution France ».</p>	<p>Oui</p>	<p>La procédure "Prise en charge des personnes à haut risque vital et des personnes hospitalisées à domicile en cas d'événements climatiques extrêmes" indique les modalités de signalement des patients à haut risque vital ou en hospitalisation à domicile, auprès d'ERDF (Electricité réseau distribution France).</p> <p>L'HAD dispose d'une liste des patients à haut risque vital mise à jour à chaque nouvelle prise en charge par l'IDE de coordination et accessible aux professionnels.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Le matériel délivré est conforme à la commande, et adapté à la prise en charge.</p>	<p>Oui</p>	<p>Lors de la première visite chez le patient, l'infirmière vérifie la conformité du matériel livré préalablement, avec la liste initiale "Demande de livraison et d'installation". La liste initiale correspond à l'évaluation réalisée lors de la visite de pré-admission par l'infirmière de coordination, ajustée au cours du séjour en fonction des besoins.</p>

L'approvisionnement en urgence du patient est assuré.	Oui	L'approvisionnement en matériel biomédical et médico-hôtelier en urgence est défini dans le cahier des charges des prestataires. Pour l'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux assuré par la pharmacie intérieure, les modalités d'approvisionnement sont définies dans la procédure "Circuit des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (HAD)". Différentes voies de recours sont envisagées : dépannage en "direct" si heures ouvrables, dépannage dans le service de médecine, vers une officine de ville ou sur appel du pharmacien de garde commune avec le CH partenaire de la CHT. Une astreinte infirmière est organisée 24 h/24, 365 j/365 ; un numéro de téléphone portable unique est indiqué sur la première page du dossier patient, afin de répondre aux demandes urgentes du patient et de son entourage.
L'établissement s'assure que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus, conformément à la réglementation.	Oui	La pharmacie intérieure du centre hospitalier dispose de locaux de stockage adaptés et entretenus conformément à la réglementation en vigueur. Les commandes des équipements et des produits sont systématiquement vérifiées dès leur réception. Le rangement tient compte des dates de péremption et du type de dispositifs médicaux. Les matériels stockés au siège de l'HAD sont rangés dans des locaux spécifiques. Le nettoyage des caisses et modules de rangement est organisé par rotation dans un local identifié, la traçabilité des différentes étapes et du bionettoyage est réalisée conformément aux règles définies (circuit propre et circuit sale).
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 oeuvre.	Oui	Une rencontre annuelle est organisée avec les prestataires pour faire une mise au point sur le partenariat. La gestion des fonctions logistiques est évaluée par des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des patients, et par le recueil des fiches d'événements indésirables. Une enquête de satisfaction des patients est réalisée en continu sur l'année 2013, avec traitement de l'enquête par le service HAD, puis diffusion des résultats au prestataire en ce

	Oui	qui concerne l'élimination des déchets à risques de soins. Un audit sur le circuit des médicaments en HAD a été réalisé en juin 2012 permettant de mettre en évidence des actions d'amélioration (réalisées à ce jour). L'outil Inter Diag de l'ANAP a permis de réaliser une étude de risques du circuit du médicament, en 2012, avec les professionnels, et de définir un plan d'actions à partir des résultats obtenus.
La maintenance 24 h/24 et 7j/7 est évaluée.	Partiellement	Un registre de traçabilité, accessible au niveau du secrétariat de l'HAD, est mis en place afin de recueillir les difficultés rencontrées par l'équipe soignante ou le patient avec les prestataires extérieurs. Ces données sont remontées aux prestataires lors des rencontres annuelles. Une maintenance préventive du matériel biomédical est organisée par les prestataires. Les matériels mis à disposition chez le patient sont tracés à l'aide de fiches comportant les caractéristiques (numéro de série, date de dépôt, nom du patient...) de chaque dispositif installé. En dehors de cette démarche, l'HAD n'a pas développé d'évaluation spécifique de l'effectivité de la maintenance 24 h/24 et 7 j/7.
La satisfaction du patient relative aux fonctions logistiques à son domicile est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	Oui	Le questionnaire de satisfaction du patient en HAD comporte plusieurs items sur les équipements à son domicile (confort, qualité, éventuels dysfonctionnements et leur traitement). En 2012, 96.7 % des patients étaient satisfaits par le matériel utilisé à leur domicile, et 28.1 % ont signalé des dysfonctionnements. Les résultats des questionnaires de satisfaction des patients en HAD sont présentés annuellement au comité de coordination HAD et à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQC).
La satisfaction des intervenants au domicile, en lien avec les fonctions logistiques, est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	Partiellement	Une enquête, auprès des infirmières libérales a été menée en 2009, pour recueillir leur avis sur l'organisation et le fonctionnement de l'HAD. Une reconduction de cette enquête est prévue en 2013 (non réalisée au moment de la visite) en y ajoutant une question sur les équipements utilisés au domicile des patients. Les problèmes rencontrés

Partiellement	par les professionnels de l'HAD peuvent être tracés dans un cahier à disposition au secrétariat, ceux rencontrés par les intervenants libéraux au domicile sont recueillis le plus souvent par téléphone, leur suivi ne bénéficiant pas d'une démarche structurée.
---------------	--

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

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

Critère 7.b Gestion de l'air

En HAD, ce critère est applicable uniquement aux structures ayant une pharmacie à usage intérieur, avec unité centralisée de reconstitution des cytostatiques.

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

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

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

Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

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.

Partiellement

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.

Oui

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.	Oui	

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

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

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

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.

En grande partie

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.

En grande partie

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	En grande partie	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	Oui	
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Oui	

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

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

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.	Oui	Le projet qualité/gestion des risques 2013-2017 décline la politique qualité et sécurité des soins de l'établissement. Cette politique est traduite dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, formalisé dans un tableau de suivi, qui décline les objectifs prioritaires et les axes fixés dans le projet qualité. Ce programme est hiérarchisé en fonctions des cinq axes stratégiques définis dans le projet initial (management stratégique de l'établissement, gestion des fonctions logistiques, qualité et sécurité de l'environnement, management de la qualité et de la sécurité des soins, système d'information, prise en charge des patients). Chaque axe est décliné en objectifs stratégiques puis en thèmes. Le plan d'actions formalise les personnes responsables des actions, le calendrier de mise en oeuvre ainsi que le suivi et la mise en place de quelques indicateurs. Ce plan d'actions regroupe les différentes actions concernant la qualité de prise en charge des patients, les risques et le management stratégique. Le suivi opérationnel régulier du programme est confié au

	Oui	responsable qualité. Le suivi institutionnel est assuré par la cellule de management de la qualité et la cellule de gestion des risques, en lien avec la commission médicale d'établissement (CME).
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Oui	Le programme qualité gestion des risques 2010-2014 est global et adapté à la taille de l'établissement. Il prend en compte l'ensemble des démarches qualité de l'établissement et s'appuie sur l'analyse de la conformité à la réglementation, l'analyse des événements indésirables, la lutte contre les infections associées aux soins, la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, les dispositifs de vigilance, les autres risques associés aux soins et l'analyse des plaintes et des réclamations. Le PAQSS prend également en compte les actions mises en place suite aux EPP et aux CREX. Ce programme intègre les différentes actions à mettre en place suite aux audits réalisés et aux décisions de la certification. Pour chaque action d'amélioration, la source du projet est identifiée (certification, instances, groupe de travail).
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	Oui	Le médecin engagé dans le dispositif d'accréditation a signé en mai 2013 la charte élaborée sur le modèle HAS avec la CME et la direction. Dans ce cadre, un partage d'expériences est envisagé lors de la réalisation d'une déclaration (non survenue à ce jour). Il est convenu que ce dernier remonte annuellement le bilan et l'analyse de ses événements porteurs de risques en cellule de gestion des risques, afin que celle-ci l'intègre dans son programme annuel.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est présenté annuellement aux différentes instances de l'établissement : conseil de surveillance, commission médicale d'établissement (CME), comité technique d'établissement (CTE), commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)), bureau de pôle et commission des cadres de

	Oui	santé.
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 oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Le plan d'actions qualité est décliné dans tous les secteurs d'activité de l'établissement. Pour toutes les actions, une feuille de route est élaborée, un responsable ou un groupe de travail est défini ainsi qu'un calendrier et des indicateurs de suivi. Certaines actions spécifiques de secteurs à risques sont développées et intégrées dans le programme global.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Le PAQSS centralise les travaux des pilotes dans un tableau de bord consolidé et global à l'échelle de l'établissement, actualisé par le responsable qualité en fonction de l'avancement des actions. La réalisation et le suivi des actions sont assurés par les responsables désignés par la direction, qui informent le responsable qualité de l'état d'avancement des projets. Les groupes de synthèse qualité élaborent un suivi trimestriel des axes du projet qualité. Le suivi global du programme est assuré lors de réunions régulières des instances et des réunions institutionnelles dans un bilan du PAQSS réactualisé chaque année.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	En grande partie	Ces plans d'actions sont évalués lors de rencontres avec les pilotes en charge des actions et le responsable qualité. L'atteinte des objectifs du programme est mesurée annuellement dans un bilan d'activité. Certains secteurs d'activité (pharmacie) sont assujettis à des bilans d'étape institutionnels (suivi du contrat de bon usage et du CPOM). Le suivi des indicateurs nationaux ainsi que des indicateurs internes donne lieu à la réalisation d'actions et contribue à l'évaluation de la réalisation du programme. Cependant, les actions, définies dans le programme, ne sont pas toutes assorties d'indicateurs de suivis centralisés dans un tableau global à la taille de l'établissement. Les plans d'actions

	En grande partie	qualité des secteurs d'activité, nouvellement mis en place, font l'objet d'un suivi mais ne font pas encore l'objet d'évaluation.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Le bilan annuel des projets est assorti d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins réajusté, intégrant les résultats obtenus, les audits et évaluations internes et externes réalisés au sein de l'établissement. Les indicateurs de pratiques cliniques mis en place suite à des EPP permettent également ces réajustements. Le PAQSS est révisé chaque année.

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	A	
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.	En grande partie	

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.	Oui	
La Direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser à la suite des contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement met en oeuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires, en fonction du plan de priorisation.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La Direction assure un suivi du traitement des non-conformités.	En grande partie	
---	------------------	--

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.	En grande partie	
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.	Partiellement	
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi de la mise en oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	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	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les situations de crise sont identifiées.	Oui	
Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.	Oui	
Les plans d'urgence sont établis.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Une Cellule de crise est opérationnelle.	Oui	

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

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a mis en place une organisation, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables, décrite dans une procédure "Circuit, analyse et suivi des FEI" et complétée d'un protocole « Remplir une FEI ». La procédure précise les modalités de signalement, de traitement et d'analyse des événements.

Le signalement repose sur un support informatisé de déclarations qui intègrent les vigilances réglementaires.

Les événements sont déclarés à partir de formulaires spécifiques accessibles aux professionnels de l'établissement avec possibilité de déclarer sur un support papier pour les professionnels libéraux, partenaires en HAD (ce support papier est disponible dans le dossier au domicile du patient). Sont disponibles une fiche de signalement des événements indésirables (FEI), une fiche de signalement des erreurs médicamenteuses (avec procédure de signalement, d'analyse et de suivi), une fiche de signalement des chutes (avec procédure), une fiche de signalement pour les vigilances sanitaires (avec les procédures associées), une fiche de signalement et de corrections des anomalies

	Oui	<p>d'identité (avec procédures d'identitovigilance), une fiche de non-conformité laboratoire, une fiche de signalement des actes de violences hospitalières, une fiche de suivi des non-conformités en unité de préparation des cytostatiques. Un registre des événements indésirables graves en cancérologie permet de mettre en place les revues de morbidité-mortalité (RMM) dans ce domaine (avec procédure).</p> <p>La notion de gravité peut être évaluée par le déclarant. Les notions de gravité et de fréquence possibles sont renseignées par le responsable de la gestion des risques.</p> <p>Ce système de recueil est coordonné par le gestionnaire des risques en collaboration avec la cellule de management de la qualité et la cellule de gestion des risques. Le gestionnaire des risques est également informé des plaintes et des réclamations, de par sa présence aux différentes instances. Cette organisation facilite la coordination avec la gestion globale des risques.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	<p>Les professionnels sont formés à l'utilisation du support informatique de signalement.</p> <p>En janvier-février 2011, des réunions d'information sur la gestion des risques ont été organisées par le gestionnaire des risques et la responsable qualité à destination de l'ensemble des personnels (124 participants).</p> <p>L'établissement participe depuis 2011 à la semaine nationale de la sécurité des patients. En 2011, l'accent a été mis sur le signalement des erreurs médicamenteuses, ainsi que sur les non-conformités du circuit du médicament ; en 2012, le signalement des erreurs d'identité a été mis en avant.</p> <p>Tous les nouveaux professionnels de l'établissement disposent dans leur parcours d'intégration d'une formation spécifique sur la gestion des risques et la déclaration des EI.</p> <p>Des sessions régulières de sensibilisation sont organisées : identitovigilance, laboratoire, erreurs médicamenteuses.</p> <p>Des affiches récapitulant les différents types d'événements indésirables et leur mode de déclaration sont présentes dans tous les secteurs. Des articles sur la gestion des risques</p>

	Oui	paraissent régulièrement dans le journal interne.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	<p>Le coordonnateur de la gestion des risques a bénéficié d'une formation auprès de la société d'assurance de l'établissement en janvier 2011.</p> <p>La responsable qualité possède un Master 2 Santé publique - option Gestion des risques en établissement de santé.</p> <p>En juin 2012, les professionnels participant à l'élaboration des cartographies des risques ont bénéficié d'une formation interne, avant d'initier la démarche d'analyse des causes.</p> <p>Une formation externe spécifique "Analyse des causes profondes des événements indésirables" a été réalisée en mars 2013 pour les membres de la cellule de gestion des risques et pour les personnes ressources dans l'organisation des revues de morbi-mortalité.</p>
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	En grande partie	<p>Le gestionnaire des risques est destinataire des fiches de déclaration des événements indésirables. Il identifie les événements indésirables graves et définit leur niveau de gravité, en se référant aux échelles en vigueur dans l'établissement (échelle de fréquence et de gravité).</p> <p>Une analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, notamment par le biais des revues de morbidité-mortalité en cancérologie, en chirurgie par le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH) pour les incidents transfusionnels (méthode ACR : analyse des causes racines).</p> <p>Les événements identifiés font l'objet d'une analyse initiée par le gestionnaire des risques, en collaboration avec le cadre de l'unité concernée et les professionnels impliqués. Il est prévu de réaliser les analyses selon la méthode ALARM en application des formations prochainement programmées.</p> <p>Des CREX sont initiés pour les erreurs médicamenteuses mais n'intègrent pas encore l'analyse des causes profondes. Les RMM ne sont pas généralisées dans tous les secteurs à</p>

	En grande partie	risques (effectif en cancérologie, débutant en chirurgie). En fonction des constats, des actions correctives, sous forme de plan d'actions, sont mises en oeuvre. Ces actions viennent incrémenter le plan de gestion des risques des événements indésirables.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en oeuvre à la suite des analyses.	Oui	Lorsqu'il s'agit d'un événement grave, des actions sont mises en place immédiatement après le signalement. Ces actions sont définies en collaboration avec les professionnels concernés. L'analyse et le suivi des fiches d'événements indésirables en cours sont réalisés hebdomadairement par le coordonnateur de la gestion des risques et la responsable qualité. Des actions correctives cohérentes avec les analyses des causes des événements indésirables sont identifiées, hiérarchisées, mises en oeuvre, coordonnées et suivies par les personnes référentes identifiées. Ces actions sont intégrées dans le plan de gestion des risques des événements indésirables.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Partiellement	Les événements indésirables récurrents sont identifiés par l'analyse des déclarations ou lors de l'analyse des processus de cartographie des risques. Pour 2012, l'établissement a identifié deux types d'événements récurrents en lien avec le circuit du linge et le transport externe. Le suivi et la synthèse des analyses des événements indésirables récurrents identifiés sont organisés. Des actions sont mises en oeuvre et le suivi est organisé. Cependant, les événements récurrents identifiés sont essentiellement liés à des dysfonctionnements hors du domaine des soins. Les cartographies des risques ne sont pas totalement abouties, les RMM sont récentes et ne sont pas généralisées dans tous les secteurs à risques, et les CREX en pharmacie n'intègrent pas encore les causes profondes.

<p>L'efficacité des actions correctives est vérifiée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le suivi des actions correctives est assuré par le gestionnaire des risques. L'efficacité des actions correctives est vérifiée de premier abord par la récurrence d'un événement. Un rapport annuel sur les fiches de signalement des événements indésirables est réalisé et diffusé aux cadres, médecins et responsables de service. Ce bilan présente également les indicateurs et la liste des actions correctives mises en place. Cependant, l'établissement n'a pas structuré ni réalisé de dispositif d'audits lui permettant de vérifier l'efficacité des actions mises en place.</p>
---	-------------------------	---

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

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



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

Cotation	A	
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.	A	

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



Cotation	A	
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.	A	
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.	Oui	Le paramétrage du logiciel de prescription comporte un item spécifique pour réévaluer l'antibiothérapie à la 72e heure. La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heures est informatisée lors de la prescription médicamenteuse. Le pharmacien a accès à ces prescriptions ainsi qu'aux résultats du laboratoire de bactériologie. Il assure un appel complémentaire vers le praticien dans les délais définis, ce qui permet d'assurer une exhaustivité de la traçabilité, comme le confirment les résultats de l'audit mené en 2012.

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) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	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.	En grande partie	

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

Critère 8.j
Maîtrise du risque transfusionnel

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

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.	Partiellement	

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	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.	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.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre sous la responsabilité d'un professionnel identifié.	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.	En grande partie	
Les patients et leurs familles sont informés de la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (alarme, etc.) des équipements biomédicaux installés au domicile.	Oui	
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

Au sein de l'établissement, la direction assure la gestion des plaintes et réclamations en lien avec le gestionnaire des risques. La procédure interne de gestion des plaintes et réclamations, "Médiation et/ou saisine de la CRU" indique les modalités de saisie de la CRU par les usagers, en cas de plaintes ou de réclamations, et les responsabilités y sont définies.

La composition et le fonctionnement de la CRUQPC sont conformes à la réglementation. La CRU est en place depuis 2005, son organisation et son fonctionnement sont définis dans un règlement intérieur qui a été réactualisé en janvier 2011.

Le dispositif d'information des usagers est décrit dans le livret d'accueil, renforcé par un affichage au niveau de l'accueil central et de chaque secrétariat médical des unités de soins. Un registre des plaintes et des réclamations est mis à disposition des usagers au sein de l'accueil central. Ces informations décrivent les modalités de formulation des plaintes.

<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 une organisation visant à garantir les échanges d'informations avec le dispositif de gestion des événements indésirables. Lorsque la plainte ou la réclamation fait l'objet d'une fiche de déclaration d'événements indésirables, elle est traitée selon la procédure dédiée à ce type d'événement. Le gestionnaire des risques est membre de différentes instances, sa fiche de poste mentionne l'articulation à mettre en place entre le système de gestion des plaintes avec celui du dispositif de signalement des événements indésirables. Les représentants des usagers, membres de la CRUQPC, siègent également dans diverses instances.</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>Le directeur en lien avec le gestionnaire des risques CRU est chargé de l'instruction des dossiers de plaintes et réclamations. Celles-ci sont transmises aux professionnels concernés (direction, chefs de services, cadres d'unités, responsables techniques, logistiques ou administratifs) afin d'obtenir des informations auprès des équipes. Les réponses, apportées aux plaignants, tiennent compte des observations formulées par les professionnels, et les décisions d'amélioration sont prises en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés. Ces réponses sont assurées par la direction dans les meilleurs délais. Les plaintes et réclamations sont présentées et discutées en CRU.</p>
<p>Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le plaignant reçoit un accusé réception de sa réclamation et un courrier de réponse suite à l'enquête, indiquant également la possibilité de rencontrer les médiateurs ou la CRUQC à sa demande. L'établissement veille au respect des délais réglementaires dans le traitement des plaintes.</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'ensemble des plaintes et réclamations est mis à disposition des membres de la CRU. Le bilan des plaintes et réclamations est intégré au rapport annuel de la CRU. Le bilan annuel de la CRU contient des indicateurs quantitatifs et qualitatifs (incluant les délais de réponse au plaignant) sur les plaintes et réclamations. L'analyse des plaintes et réclamations est conduite et les actions d'amélioration sont définies. Ces recommandations participent à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.</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	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.	Oui	
Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.a - 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.	En grande partie	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	Oui	

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.	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.	En grande partie	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	Oui	

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.a - Hospitalisation à domicile Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

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

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

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		
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.	En grande partie	
--	------------------	--

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.b - Hospitalisation à domicile
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.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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.	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.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.	En grande partie	

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.c - Hospitalisation à domicile
Respect de la confidentialité des informations relatives au patient**

Cotation		
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.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		
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	Le service de SSR ne prend pas en charge les enfants (référence i.certification : 04NHR-0061).
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 - Hospitalisation à domicile
Accueil et accompagnement de l'entourage****Cotation**

B

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

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

Oui

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

NA

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

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

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

NA

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

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.	Oui	

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.	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.).	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	En grande partie	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	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.).	Non	
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		
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.).	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	En grande partie	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	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.).	Non	
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 - Hospitalisation à domicile

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.).	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	En grande partie	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	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.	En grande partie	

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		
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'informations 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.	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.	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'informations 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.	En grande partie	

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

Critère 11.a - Hospitalisation à domicile

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.	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'informations 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.	En grande partie	

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient**Critère 11.b - Court Séjour
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.	Non	
---	-----	--

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.	Non	
---	-----	--

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient**Critère 11.b - Hospitalisation à domicile
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.	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	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins sont menées.	Oui	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

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

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

Critère 11.c - Hospitalisation à domicile Information du patient en cas de dommage lié aux soins

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

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

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La stratégie concernant la prise en charge de la douleur a été définie dans le projet d'établissement 2013-2017, notamment dans la politique qualité et le projet de soins. Elle s'articule autour de cinq objectifs : améliorer la prise en charge de la douleur des populations vulnérables, améliorer la formation des professionnels, améliorer les modalités des traitements médicamenteux et développement de méthodes non médicamenteuses, structurer la prise en charge de la douleur chronique, pérenniser la démarche de prévention et de prise en charge de la douleur. Cette politique prend en compte la typologie des patients accueillis dans les différentes prises en charge (MCO, SSR et HAD).
Un CLUD de composition pluriprofessionnelle, est en place, il se réunit de façon régulière, trois à quatre réunions par an. Il comprend des représentants des différents secteurs d'activité, il est animé par une IADE référente douleur. Les référents médicaux et paramédicaux participant au CLUD font le lien avec les professionnels.
La démarche qualité sur la prise en charge de la douleur est effective, intégrée dans le programme qualité et sécurité des

	Oui	soins (orientation stratégique n°5 : pérenniser la démarche de prévention et de prise en charge de la douleur). Une organisation pour la mise en oeuvre est en place ainsi que des supports de traçabilité et d'évaluation.
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.	Oui	Plusieurs protocoles conformes aux recommandations de bonne pratique et adaptés aux spécificités des pathologies, aux différentes prises en charge, à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostics et aux traitements potentiellement douloureux sont rédigés en association avec les référents médicaux et paramédicaux, validés et actualisés par le CLUD (utilisation du MEOPA, analgésie au bloc opératoire, prise en charge de la douleur en gynécologie, à la maternité, chez les personnes âgées...) Un classeur institutionnel "Douleur" est en place dans tous les services. L'accessibilité des protocoles à l'ensemble des personnels est effective dans l'Intranet de l'établissement.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Le plan de formation de l'établissement comporte les formations annuelles « douleur » proposées par le CLUD. Les cibles sont retenues à partir d'une évaluation des besoins. Certaines formations sont assurées en interne par les professionnels de l'établissement. Chaque formation s'appuie sur un programme, un contenu pédagogique, des supports de présentation. Des réunions d'information sont proposées aux professionnels et aux usagers. Le plan de formation institutionnel prévoit également des formations diplômantes (DU Douleur, DU Soins palliatifs, Acupuncture...). Des actions spécifiques sont inscrites au plan de formation, comme par exemple une action spécifique au secteur de naissance favorisant la formation des sages-femmes à l'homéopathie suite au DU de l'une d'entre elles. Des compétences en hypnose sont développées en chirurgie.

	Oui	Des échanges sont organisés également dans le cadre des relations inter-CLUD du Nord pour contribuer à l'amélioration des pratiques. Lors de l'évaluation annuelle des professionnelles, un point est fait sur les formations réalisées. Les formations font l'objet d'évaluation formalisée.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Dès l'admission, les professionnels soignants ainsi que les référents douleur informent et éduquent les patients sur la prise des traitements antalgiques, leur gestion, leurs effets indésirables. Une information sur la prise en charge de la douleur est présente dans le livret d'accueil, et des fiches d'information sont élaborées et mises à disposition (utilisation de l'EMLA, péridurale, traitements morphiniques). Pour les patients concernés par l'utilisation des pompes pour analgésie contrôlée, une formation spécifique est dispensée en chirurgie, soins palliatifs, gynéco-obstétrique, au bloc opératoire, et en médecine. Durant la prise en charge, des informations sont réalisées et adaptées au patient et à son entourage par l'ensemble des professionnels.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Prise en charge de la douleur" et de sa valeur de 90 % avec un intervalle de confiance à 95 % (83 % - 97 %) pour la campagne de recueil 2011 de l'indicateur "Tenue du dossier". L'établissement a défini et mis en oeuvre un plan d'actions associé à l'indicateur.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Dans les unités de soins, la démarche d'évaluation de la douleur est réalisée systématiquement dès l'admission. Chaque évaluation positive de la douleur fait l'objet d'un recours au médecin pour justifier une prescription d'antalgiques ou d'un réajustement du traitement. Le suivi du soulagement de la douleur est organisé (protocole, prescription si besoin), et des outils pour assurer la traçabilité sont intégrés au dossier de soins. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations, et les modifications apportées figurent dans le dossier patient.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les professionnels disposent de moyens spécifiques pour l'évaluation de la douleur des patients non communicants. L'échelle ALGOPLUS est utilisée depuis trois ans dans l'ensemble de l'établissement (moins utilisée aux urgences et en chirurgie) pour évaluer la douleur chez les patients non communicants. Les grilles DAN et EDIN sont utilisées chez le nouveau-né. L'utilisation de ces échelles est explicitée dans les protocoles ou documents mis à disposition des professionnels sous l'égide du CLUD.
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.	Oui	Plusieurs actions ont été menées afin d'évaluer l'appropriation et l'utilisation des différents outils par les professionnels : enquête en 2012 pour évaluer les connaissances des soignants sur la démarche de prise en charge de la douleur au sein de l'établissement (échelles d'évaluation utilisées, procédures utilisées), audits des dossiers patients pour relever les indicateurs IPAQSS et audits de pratiques périodiques sur l'appropriation et l'utilisation des outils par les professionnels. Les résultats de ces audits font l'objet d'analyse au CLUD et aboutissent à conduire des actions complémentaires (réunions de services, journée sécurité des patients, interface avec les équipes réalisée par les référents douleur).
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Prise en charge de la douleur". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation (audits de pratique sur l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur, par les professionnels soignants en 2013). Il suit également la qualité de la prise en charge au travers de l'analyse des questionnaires de sortie. Le dispositif d'évaluation est structuré et suivi par le service qualité et par le CLUD.

Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Suite aux différentes évaluations, des actions correctives sont inscrites dans le programme qualité de l'établissement et mises en oeuvre dans les différentes unités de soins. La conduite du projet est confiée à un référent, et un planning est défini. Le suivi est assuré par le CLUD et la cellule qualité. L'action est clôturée lorsqu'elle est mise en oeuvre.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place en lien avec les réunions inter-CLUD du Nord, le réseau de soins palliatifs et les rencontres nationales annuelles de la SFETD.

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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La stratégie concernant la prise en charge de la douleur a été définie dans le projet d'établissement 2013-2017, notamment dans la politique qualité et le projet de soins. Elle s'articule autour de cinq objectifs : améliorer la prise en charge de la douleur des populations vulnérables, améliorer la formation des professionnels, améliorer les modalités des traitements médicamenteux et développement de méthodes non médicamenteuses, structurer la prise en charge de la douleur chronique, pérenniser la démarche de prévention et de prise en charge de la douleur. Cette politique prend en compte la typologie des patients accueillis dans les différentes prises en charge (MCO, SSR et HAD).

Un CLUD de composition pluriprofessionnelle, est en place, il se réunit de façon régulière, trois à quatre réunions par an. Il comprend des représentants des différents secteurs d'activité, il est animé par une IADE référente douleur. Les référents médicaux et paramédicaux participant au CLUD font le lien avec les professionnels.

La démarche qualité sur la prise en charge de la douleur est effective, intégrée dans le programme qualité et sécurité des

	Oui	soins (orientation stratégique n°5 : pérenniser la démarche de prévention et de prise en charge de la douleur). Une organisation pour la mise en oeuvre est en place ainsi que des supports de traçabilité et d'évaluation.
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.	Oui	Plusieurs protocoles conformes aux recommandations de bonne pratique et adaptés aux spécificités des pathologies, à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostics et aux traitements potentiellement douloureux sont rédigés en association avec les référents médicaux et paramédicaux identifiés en SSR, validés et actualisés par le CLUD. Un classeur institutionnel "Douleur" est en place dans tous les services. L'accessibilité des protocoles à l'ensemble des personnels est effective dans l'Intranet de l'établissement.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Le plan de formation de l'établissement comporte les formations annuelles « douleur » proposées par le CLUD. Les cibles sont retenues à partir d'une évaluation des besoins. Certaines formations sont assurées en interne par les professionnels de l'établissement. Chaque formation s'appuie sur un programme, un contenu pédagogique, des supports de présentation. Des réunions d'information sont proposées aux professionnels et aux usagers. Le plan de formation institutionnel prévoit également des formations diplômantes (DU Douleur, DU Soins palliatifs, Acupuncture...). Des actions spécifiques sont inscrites au plan de formation, comme par exemple une action spécifique au secteur de naissance favorisant la formation des sages-femmes à l'homéopathie suite au DU de l'une d'entre elles. Des compétences en hypnose sont développées en chirurgie. Des échanges sont organisés également dans le cadre des relations inter-CLUD du Nord pour contribuer à l'amélioration des pratiques. Lors de l'évaluation annuelle des professionnelles, un point

	Oui	est fait sur les formations réalisées. Les formations font l'objet d'évaluation formalisée.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Dès l'admission, les professionnels soignants ainsi que les référents douleur informent et éduquent les patients sur la prise des traitements antalgiques, leur gestion, leurs effets indésirables. Une information sur la prise en charge de la douleur est présente dans le livret d'accueil, et des fiches d'information sont élaborées et mises à disposition (traitements morphiniques). Pour les patients concernés par l'utilisation des pompes pour analgésie contrôlée, une formation spécifique est dispensée. Durant la prise en charge, des informations sont réalisées et adaptées au patient et à son entourage par l'ensemble des professionnels.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Prise en charge de la douleur" et de sa valeur de 100 % avec un intervalle de confiance à 95 % (100 % - 100 %) pour la campagne de recueil 2011 de l'indicateur "Tenue du dossier". L'établissement a défini et mis en oeuvre un plan d'actions associé à l'indicateur.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	En SSR, la démarche d'évaluation de la douleur est réalisée systématiquement dès l'admission. Chaque évaluation positive de la douleur fait l'objet d'un recours au médecin pour justifier une prescription d'antalgiques ou d'un réajustement du traitement. Le suivi du soulagement de la douleur est organisé (protocole, prescription si besoin), et des outils pour assurer la traçabilité sont intégrés au dossier de soins. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations, et les modifications apportées figurent dans le dossier patient.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les professionnels disposent de moyens spécifiques pour l'évaluation de la douleur des patients non communicants. L'échelle ALGOPLUS est utilisée depuis trois ans dans l'ensemble de l'établissement pour évaluer la douleur chez les patients non communicants. L'utilisation de ces échelles est explicitée dans les protocoles ou documents mis à disposition des professionnels sous l'égide du CLUD.
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.	Oui	Plusieurs actions ont été menées afin d'évaluer l'appropriation et l'utilisation des différents outils par les professionnels : enquête en 2012 pour évaluer les connaissances des soignants sur la démarche de prise en charge de la douleur au sein de l'établissement (échelles d'évaluation utilisées, procédures utilisées), audits des dossiers patients pour relever les indicateurs IPAQSS et audits de pratiques périodiques sur l'appropriation et l'utilisation des outils par les professionnels. Les résultats de ces audits font l'objet d'analyse au CLUD et aboutissent à conduire des actions complémentaires (réunions de services, journée sécurité des patients, interface avec les équipes réalisée par les référents douleur).
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Prise en charge de la douleur". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation (audits de pratique sur l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur, par les professionnels soignants en 2013). Il suit également la qualité de la prise en charge au travers de l'analyse des questionnaires de sortie. Le dispositif d'évaluation est structuré et suivi par le service qualité et par le CLUD.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Suite aux différentes évaluations, des actions correctives sont inscrites dans le programme qualité de l'établissement et mises en oeuvre dans les différentes unités de soins. La conduite du projet est confiée à un référent, et un planning est défini. Le suivi est assuré par le CLUD et la cellule

	Oui	qualité. L'action est clôturée lorsqu'elle est mise en oeuvre.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place en lien avec les réunions inter-CLUD du Nord, le réseau de soins palliatifs et les rencontres nationales annuelles de la SFETD.

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Hospitalisation à domicile
Prise en charge de la douleur



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La stratégie concernant la prise en charge de la douleur a été définie dans le projet d'établissement 2013-2017, notamment dans la politique qualité et le projet de soins. Elle s'articule autour de cinq objectifs : améliorer la prise en charge de la douleur des populations vulnérables, améliorer la formation des professionnels, améliorer les modalités des traitements médicamenteux et développement de méthodes non médicamenteuses, structurer la prise en charge de la douleur chronique, pérenniser la démarche de prévention et de prise en charge de la douleur. Cette politique prend en compte la typologie des patients accueillis dans les différentes prises en charge (MCO, SSR et HAD).
 Un CLUD de composition pluriprofessionnelle, est en place, il se réunit de façon régulière, trois à quatre réunions par an. Il comprend des représentants des différents secteurs d'activité, il est animé par une IADE référente douleur. Les référents médicaux et paramédicaux participant au CLUD font le lien avec les professionnels.
 La démarche qualité sur la prise en charge de la douleur est effective, intégrée dans le programme qualité et sécurité des

	Oui	soins (orientation stratégique n°5 : pérenniser la démarche de prévention et de prise en charge de la douleur). Une organisation pour la mise en oeuvre est en place ainsi que des supports de traçabilité et d'évaluation.
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.	Oui	Plusieurs protocoles conformes aux recommandations de bonne pratique et adaptés aux spécificités des pathologies, à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostics et aux traitements potentiellement douloureux sont rédigés en association avec les référents médicaux et paramédicaux identifiés en HAD validés et actualisés par le CLUD (utilisation du MEOPA par exemple). Un classeur institutionnel "Douleur" est en place et disponible dans la mallette des infirmiers de l'HAD. L'accessibilité des protocoles à l'ensemble des personnels est effective dans l'Intranet de l'établissement.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Le plan de formation de l'établissement comporte les formations annuelles « douleur » proposées par le CLUD. Les cibles sont retenues à partir d'une évaluation des besoins. Certaines formations sont assurées en interne par les professionnels de l'établissement. Chaque formation s'appuie sur un programme, un contenu pédagogique, des supports de présentation. Des réunions d'information sont proposées aux professionnels et aux usagers. Le plan de formation institutionnel prévoit également des formations diplômantes (DU Douleur, DU Soins palliatifs, Acupuncture...). Des actions spécifiques sont inscrites au plan de formation, comme par exemple une action spécifique au secteur de naissance favorisant la formation des sages-femmes à l'homéopathie suite au DU de l'une d'entre elles. Des compétences en hypnose sont développées en chirurgie. Des échanges sont organisés également dans le cadre des

	Oui	relations inter-CLUD du Nord pour contribuer à l'amélioration des pratiques. Lors de l'évaluation annuelle des professionnelles, un point est fait sur les formations réalisées. Les formations font l'objet d'évaluation formalisée.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Dès l'admission, les professionnels soignants ainsi que les référents douleur informent et éduquent les patients sur la prise des traitements antalgiques, leur gestion, leurs effets indésirables. Une information sur la prise en charge de la douleur est présente dans le livret d'accueil, et des fiches d'information sont élaborées et mises à disposition (utilisation de l'EMLA). Pour les patients concernés par l'utilisation des pompes pour analgésie contrôlée, une formation spécifique est dispensée. Durant la prise en charge, des informations sont réalisées et adaptées au patient et à son entourage par l'ensemble des professionnels.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Prise en charge de la douleur" et de sa valeur de 97 % avec un intervalle de confiance à 95 % (92 % - 100 %) pour la campagne de recueil 2011 de l'indicateur "Tenue du dossier". L'établissement a défini et mis en oeuvre un plan d'actions associé à l'indicateur.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	En HAD, la démarche d'évaluation de la douleur est réalisée systématiquement dès l'admission. Chaque évaluation positive de la douleur fait l'objet d'un recours au médecin traitant ou médecin coordonnateur pour justifier une prescription d'antalgiques ou d'un réajustement du traitement. Le suivi du soulagement de la douleur est organisé (protocole, prescription si besoin), et des outils pour assurer la traçabilité sont intégrés au dossier de soins. Une évaluation "à distance" par téléphone peut être réalisée lors d'un changement thérapeutique. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations, et les modifications

	Oui	apportées figurent dans le dossier patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les professionnels disposent de moyens spécifiques pour l'évaluation de la douleur des patients non communicants. L'échelle ALGOPLUS est utilisée depuis trois ans dans l'ensemble de l'établissement pour évaluer la douleur chez les patients non communicants. L'utilisation de ces échelles est explicitée dans les protocoles ou documents mis à disposition des professionnels sous l'égide du CLUD.
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.	Oui	Plusieurs actions ont été menées afin d'évaluer l'appropriation et l'utilisation des différents outils par les professionnels : enquête en 2012 pour évaluer les connaissances des soignants sur la démarche de prise en charge de la douleur au sein de l'établissement (échelles d'évaluation utilisées, procédures utilisées), audits des dossiers patients pour relever les indicateurs IPAQSS et audits de pratiques périodiques sur l'appropriation et l'utilisation des outils par les professionnels. Les résultats de ces audits font l'objet d'analyse au CLUD et aboutissent à conduire des actions complémentaires (réunions de services, journée sécurité des patients, interface avec les équipes réalisée par les référents douleur).
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Prise en charge de la douleur". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation (audits de pratique sur l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur, par les professionnels soignants en 2013). Il suit également la qualité de la prise en charge au travers de l'analyse des questionnaires de sortie. Le dispositif d'évaluation est structuré et suivi par le service qualité et par le CLUD. Une EPP "Prise en charge de la douleur des patients

	Oui	en soins palliatifs" en HAD est en cours.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Suite aux différentes évaluations, des actions correctives sont inscrites dans le programme qualité de l'établissement et mises en oeuvre dans les différentes unités de soins. La conduite du projet est confiée à un référent, et un planning est défini. Le suivi est assuré par le CLUD et la cellule qualité. L'action est clôturée lorsqu'elle est mise en oeuvre.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place en lien avec les réunions inter-CLUD du Nord, le réseau de soins palliatifs et les rencontres nationales annuelles de la SFETD.

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

A

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

Le développement des soins palliatifs est un des objectifs stratégiques de l'établissement, décliné notamment dans le projet de soins et le projet médical 2013-2017 qui développe des objectifs principaux : améliorer la continuité des soins en soins palliatifs 24 h/24, développer les soins de confort, poursuivre la formation et l'information des équipes, créer une unité de soins palliatifs, assurer la continuité de l'équipe des soins palliatifs 7 j/7. L'établissement dispose de quatre lits autorisés de soins palliatifs, deux lits (LISP) sont affectés au secteur de médecine. La prise en charge des patients dans ces LISP est assurée par une équipe pluridisciplinaire formée spécifiquement dont deux médecins détenteurs du diplôme universitaire (DU) en soins palliatifs. La même équipe prend en charge simultanément les LISP en MCO et SSR. Ces professionnels peuvent être disponibles pour les autres unités en cas de besoin. Cependant, cet effectif renforcé n'est actuellement opérationnel que les jours et les heures ouvrés. Un partenariat par convention est établi entre l'hôpital et

	En grande partie	l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) de la maison médicale Jean XXIII et les associations bénévoles Trèfle et Hemera. Il existe des indicateurs d'activité des soins palliatifs.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	L'établissement a élaboré une procédure sur la limitation et l'arrêt des traitements selon la loi du 22 avril 2005 pour définir les modalités de prise en compte de l'avis du patient ainsi qu'une procédure de recueil des directives anticipées. Le dossier du patient intègre des fiches spécifiques où peuvent être recueillies les volontés du patient. Les souhaits du patient relatifs aux traitements et soins délivrés en fin de vie sont tracés à tout moment dans le dossier au besoin. La désignation d'une personne de confiance est proposée aux patients, et sa traçabilité est assurée. La personne à prévenir en cas de besoin est identifiée. Ce recueil est complété lors des staffs et des transmissions ciblées.
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	Il existe une information écrite dans le livret d'accueil des patients sur leurs droits dans le cadre de la loi Leonetti et la rédaction éventuelle de directives anticipées. Une information sur les objectifs et les modalités rédactionnelles est réalisée au verso de la fiche de recueil de directives anticipées disponible si besoin. Les médecins spécialistes en soins palliatifs sont disponibles pour une aide éventuelle à la rédaction. Le site Internet de l'établissement apporte une information sur ce thème dans son volet « Droit des patients », sous-chapitre « Soins palliatifs et accompagnement ».
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Les projets de prise en charge des patients sont définis lors des réunions hebdomadaires pluriprofessionnelles de concertation palliative. Ces réunions ont lieu le mercredi et sont communes entre les services de médecine et de SSR. L'ensemble de l'équipe, participant à l'accompagnement du patient et de sa famille, note dans le dossier les différents éléments nécessaires à la continuité de la prise en charge.

	Oui	<p>Les différentes personnes ressources (psychologues diététiciennes, professionnels du réseau) sont sollicitées afin de définir une stratégie de prise en charge partagée prenant en compte les souhaits du patient et de sa famille. L'EMSP de la maison médicale partenaire participe à ces réunions une fois par mois ou plus sur demande particulière. Les informations et les décisions de prise en charge font l'objet d'un compte-rendu qui est intégré au dossier du patient. Le suivi du patient est tracé sur des fiches spécifiques.</p> <p>La recherche de continuité du confort se traduit par l'existence de protocoles de prescriptions anticipées (douleur, encombrement bronchique, angoisse, hémorragie).</p> <p>Ces réunions communes avec l'équipe soignante et le médecin sont aussi l'occasion de faire le point avec l'entourage à sa demande. Sont ainsi abordés les informations concernant l'état du patient à l'adresse des proches, leur soutien et accompagnement par un psychologue (y compris après un décès éventuel).</p>
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	En grande partie	<p>Le plan de formation de l'établissement comprend des formations sur la démarche palliative (pour deux professionnels) et sur les spécificités de prise en charge. Les formations diplômantes sont favorisées. Deux médecins, un IDE et quatre AS intervenant auprès des patients en soins palliatifs sont titulaires du diplôme de soins palliatifs. Certains de ces professionnels qualifiés assistent aux congrès de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (2012 et 2013).</p> <p>Une sensibilisation des professionnels est assurée avec l'association Trèfle et avec le concours des médecins de l'établissement. Cette sensibilisation repose sur un programme annuel et des objectifs. Elles sont ouvertes à tous les soignants de l'établissement et de la région. Les référents soins palliatifs sensibilisent les professionnels aux bonnes pratiques.</p> <p>Cependant, la sensibilisation basée sur le volontariat ne touche qu'une partie des professionnels affectés aux services accueillant des lits de soins palliatifs.</p>

<p>Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des réunions hebdomadaires de concertation palliative, lors desquelles les cas des différents patients sont abordés, sont en place le mercredi, en présence de l'ensemble des soignants (cadre de santé, IDE, AS, médecins, psychologue, assistante sociale, kinésithérapeute, diététicienne).</p> <p>L'EMSP de la maison médicale partenaire participe à ces réunions une fois par mois ou plus en cas de demande particulière. Elles permettent de réévaluer régulièrement les stratégies de soins mises en place et de prendre des décisions analysées collégialement. L'ensemble de ces échanges est tracé dans le dossier du patient sous la forme d'un compte-rendu.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'encadrement des unités concernées par des situations de fin de vie fréquentes mettent en place des actions visant à éviter les situations d'épuisement professionnel et à apporter un soutien psychologique aux équipes.</p> <p>Les professionnels de santé, confrontés à ces prises en charge complexes, échangent lors des staffs hebdomadaires avec l'ensemble de l'équipe afin de libérer la parole. Des groupes de parole sont proposés régulièrement par le psychologue de la maison médicale partenaire. De plus, les psychologues (une en interne et une de la maison médicale Jean XXII) sont disponibles à la demande pour intervenir auprès des personnels en difficulté. Les réunions éthiques peuvent être saisies de thématiques de soins palliatifs afin d'évoquer et échanger lors d'une situation difficile.</p>
<p>Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un processus d'information des professionnels sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 est en place : une formation interne sur la loi Leonetti est dispensée auprès des professionnels soignants tous les ans, par un médecin spécialiste.</p> <p>L'établissement a élaboré des procédures sur la limitation ou l'arrêt des traitements et les directives anticipées qui sont disponibles pour les professionnels via la gestion documentaire.</p>

L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a établi des conventions avec les associations de bénévoles (Hemera, Trèfle) et la maison médicale de soins palliatifs Jean XXIII. Les bénévoles sont orientés par les professionnels vers les patients le nécessitant.
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.).	En grande partie	Le dispositif d'évaluation de la prise en charge en fin de vie est organisé. Un rapport d'activité annuel des soins palliatifs adressé à la direction reprend les indicateurs suivis par le cadre de santé (nombre de patients, type de prise en charge, temps de mobilisation du personnel). Une EPP (2007) a été menée sur cette thématique. Le comité d'éthique vient d'être créé. Cependant, les résultats ne sont pas présentés aux différentes instances, leur communication n'est pas structurée.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Des moyens de réflexion (réunions hebdomadaires, entretien avec la psychologue, transmissions entre équipe...) permettent, aux professionnels confrontés, aux décisions de poursuite, de limitations ou d'arrêts de traitements curatifs ou de suppléance vitale, de pouvoir échanger. Cette réflexion est pluriprofessionnelle.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Un plan d'actions d'amélioration a été défini et mis en oeuvre à la suite de l'EPP sur les modalités de prise en charge des adultes en soins palliatifs (2007 étape 5). Le dernier relevé de décisions concernant cette EPP, datant de mai 2012, liste neuf actions d'amélioration, des responsables sont identifiés, un échéancier défini. La fiche « critères d'admission en soins palliatifs » a été actualisée en 2013. Des actions d'amélioration personnalisées concernant la prise en charge des patients, sont prises à la suite des réunions hebdomadaires tracées.

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

A

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

Le développement des soins palliatifs est un des objectifs stratégiques de l'établissement, décliné notamment dans le projet de soins et le projet médical 2013-2017 qui développe des objectifs principaux : améliorer la continuité des soins en soins palliatifs 24 h/24, développer les soins de confort, poursuivre la formation et l'information des équipes, créer une unité de soins palliatifs, assurer la continuité de l'équipe des soins palliatifs 7 j/7. L'établissement dispose de quatre lits autorisés de soins palliatifs, deux lits (LISP) sont affectés au secteur de soins de suite et de réadaptation. La prise en charge des patients dans ces LISP est assurée par une équipe pluridisciplinaire formée spécifiquement dont deux médecins détenteurs du diplôme universitaire (DU) en soins palliatifs. La même équipe prend en charge simultanément les LISP en MCO et SSR. Ces professionnels peuvent être disponibles pour les autres unités en cas de besoin. Cependant, cet effectif renforcé n'est actuellement opérationnel que les jours et les heures ouvrés.
Un partenariat par convention est établi entre l'hôpital et

	En grande partie	l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) de la maison médicale Jean XXIII et les associations bénévoles Trèfle et Hemera. Il existe des indicateurs d'activité des soins palliatifs.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	L'établissement a élaboré une procédure sur la limitation et l'arrêt des traitements selon la loi du 22 avril 2005 pour définir les modalités de prise en compte de l'avis du patient ainsi qu'une procédure de recueil des directives anticipées. Le dossier du patient intègre des fiches spécifiques où peuvent être recueillies les volontés du patient. Les souhaits du patient relatifs aux traitements et soins délivrés en fin de vie sont tracés à tout moment dans le dossier au besoin. La désignation d'une personne de confiance est proposée aux patients, et sa traçabilité est assurée. La personne à prévenir en cas de besoin est identifiée. Ce recueil est complété lors des staffs et des transmissions ciblées.
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	Il existe une information écrite dans le livret d'accueil des patients sur leurs droits dans le cadre de la loi Leonetti et la rédaction éventuelle de directives anticipées. Une information sur les objectifs et les modalités rédactionnelles est réalisée au verso de la fiche de recueil de directives anticipées disponible si besoin. Les médecins spécialistes en soins palliatifs sont disponibles pour une aide éventuelle à la rédaction. Le site Internet de l'établissement apporte une information sur ce thème dans son volet « Droit des patients », sous-chapitre « Soins palliatifs et accompagnement ».
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Les projets de prise en charge des patients sont définis lors des réunions hebdomadaires pluriprofessionnelles de concertation palliative. Ces réunions ont lieu le mercredi et sont communes entre les services de médecine et de SSR. L'ensemble de l'équipe, participant à l'accompagnement du

	Oui	<p>patient et de sa famille, note dans le dossier les différents éléments nécessaire à la continuité de la prise en charge. Les différentes personnes ressources (psychologues diététiciennes, professionnels du réseau) sont sollicitées afin de définir une stratégie de prise en charge partagée prenant en compte les souhaits du patient et de sa famille. L'EMSP de la maison médicale partenaire participe à ces réunions une fois par mois ou plus sur demande particulière. Les informations et les décisions de prise en charge font l'objet d'un compte-rendu qui est intégré au dossier du patient. Le suivi du patient est tracé sur des fiches spécifiques.</p> <p>La recherche de continuité du confort se traduit par l'existence de protocoles de prescriptions anticipées (douleur, encombrement bronchique, angoisse, hémorragie).</p> <p>Ces réunions communes avec l'équipe soignante et le médecin sont aussi l'occasion de faire le point avec l'entourage à sa demande. Sont ainsi abordés les informations concernant l'état du patient à l'adresse des proches, leur soutien et accompagnement par un psychologue (y compris après un décès éventuel).</p>
<p>Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.</p>	En grande partie	<p>Le plan de formation de l'établissement comprend des formations sur la démarche palliative (pour deux professionnels) et sur les spécificités de prise en charge. Les formations diplômantes sont favorisées. Deux médecins, un IDE et quatre AS intervenant auprès des patients en soins palliatifs sont titulaires du diplôme de soins palliatifs. Certains de ces professionnels qualifiés assistent aux congrès de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (2012 et 2013).</p> <p>Une sensibilisation des professionnels est assurée avec l'association Trèfle et avec le concours des médecins de l'établissement. Cette sensibilisation repose sur un programme annuel et des objectifs. Elles sont ouvertes à tous les soignants de l'établissement et de la région. Les référents soins palliatifs sensibilisent les professionnels aux bonnes pratiques. Cependant, la sensibilisation basée sur le volontariat ne</p>

	En grande partie	touche qu'une partie des professionnels affectés aux services accueillant des lits de soins palliatifs.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions hebdomadaires de concertation palliative, lors desquelles les cas des différents patients sont abordés, sont en place le mercredi, en présence de l'ensemble des soignants (cadre de santé, IDE, AS, médecins, psychologue, assistante sociale, kinésithérapeute, diététicienne). L'EMSP de la maison médicale partenaire participe à ces réunions une fois par mois ou plus en cas de demande particulière. Elles permettent de réévaluer régulièrement les stratégies de soins mises en place et de prendre des décisions analysées collégialement. L'ensemble de ces échanges est tracé dans le dossier du patient sous la forme d'un compte-rendu.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	L'encadrement des unités concernées par des situations de fin de vie fréquentes mettent en place des actions visant à éviter les situations d'épuisement professionnel et à apporter un soutien psychologique aux équipes. Les professionnels de santé, confrontés à ces prises en charge complexes, échangent lors des staffs hebdomadaires avec l'ensemble de l'équipe afin de libérer la parole. Des groupes de parole sont proposés régulièrement par le psychologue de la maison médicale partenaire. De plus, les psychologues (une en interne et une de la maison médicale Jean XXII) sont disponibles à la demande pour intervenir auprès des personnels en difficulté. Les réunions éthiques peuvent être saisies de thématiques de soins palliatifs afin d'évoquer et échanger lors d'une situation difficile.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Un processus d'information des professionnels sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 est en place : une formation interne sur la loi Leonetti est dispensée auprès des professionnels soignants tous les ans, par un médecin spécialiste. L'établissement a élaboré des procédures sur la limitation ou l'arrêt des traitements et les directives anticipées qui sont disponibles pour les professionnels via la gestion documentaire.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a établi des conventions avec les associations de bénévoles (Hemera, Trèfle) et la maison médicale de soins palliatifs Jean XXIII. Les bénévoles sont orientés par les professionnels vers les patients le nécessitant.
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.).	En grande partie	Le dispositif d'évaluation de la prise en charge en fin de vie est organisé. Un rapport d'activité annuel des soins palliatifs adressé à la direction reprend les indicateurs suivis par le cadre de santé (nombre de patients, type de prise en charge, temps de mobilisation du personnel). Une EPP (2007) a été menée sur cette thématique. Le comité d'éthique vient d'être créé. Cependant, les résultats ne sont pas présentés aux différentes instances, leur communication n'est pas structurée.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Des moyens de réflexion (réunions hebdomadaires, entretien avec la psychologue, transmissions entre équipe...) permettent, aux professionnels confrontés, aux décisions de poursuite, de limitations ou d'arrêts de traitements curatifs ou de suppléance vitale, de pouvoir échanger. Cette réflexion est pluriprofessionnelle.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Un plan d'actions d'amélioration a été défini et mis en oeuvre à la suite de l'EPP sur les modalités de prise en charge des adultes en soins palliatifs (2007 étape 5). Le dernier relevé de décisions concernant cette EPP, datant de

Oui	<p>mai 2012, liste neuf actions d'amélioration, des responsables sont identifiés, un échéancier défini.</p> <p>La fiche « critères d'admission en soins palliatifs » a été actualisée en 2013.</p> <p>Des actions d'amélioration personnalisées concernant la prise en charge des patients, sont prises à la suite des réunions hebdomadaires tracées.</p>
-----	--

Référence 13: La fin de vie

Critère 13.a - Hospitalisation à domicile
Prise en charge et droits des patients en fin de vie



Cotation

A

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

Le développement des soins palliatifs est un des objectifs stratégiques de l'établissement, décliné notamment dans le projet de soins et le projet médical 2013-2017 qui développe des objectifs principaux : améliorer la continuité des soins en soins palliatifs 24 h/24, développer les soins de confort, poursuivre la formation et l'information des équipes, créer une unité de soins palliatifs, assurer la continuité de l'équipe des soins palliatifs 7 j/7. Depuis janvier 2013, dans le cadre de la prise en charge d'un patient en fin de vie, le médecin traitant peut à tout moment recourir au médecin spécialiste en soins palliatifs de l'hôpital, médecin coordonnateur de l'HAD et aux professionnels soignants formés à ce type de prise en charge. Un binôme infirmière diplômée d'état et aide-soignante ayant obtenu le DU de soins palliatifs assure des "journées soins palliatifs". Cependant, cette équipe renforcée n'est opérationnelle que trois jours par semaine. Un partenariat par convention est établi entre l'hôpital et l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) de la maison médicale Jean XXIII et les associations bénévoles Trèfle et

	En grande partie	Hemera. Il existe des indicateurs d'activité des soins palliatifs.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	L'établissement a élaboré une procédure sur la limitation et l'arrêt des traitements selon la loi du 22 avril 2005 pour définir les modalités de prise en compte de l'avis du patient dans ce cadre. Le dossier structure du patient intègre des fiches spécifiques où peuvent être recueillies les volontés du patient. Les souhaits du patient relatifs aux traitements et soins délivrés en fin de vie sont tracés à tout moment dans ce dossier. La désignation d'une personne de confiance est proposée aux patients, et sa traçabilité est assurée. La personne à prévenir est identifiée. Ce recueil est complété lors des staffs hebdomadaires et des transmissions ciblées.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	En grande partie	Il existe une information écrite dans le livret d'accueil des patients sur leurs droits dans le cadre de la loi Leonetti et la rédaction éventuelle de directives anticipées. Une information sur leurs objectifs et les modalités rédactionnelles est réalisée au verso de la fiche de recueil de directives anticipées disponible si besoin. Les médecins spécialistes en soins palliatifs sont disponibles pour une aide éventuelle à la rédaction. Le site Internet de l'établissement apporte une information sur ce thème dans son volet « Droit des patients », sous-chapitre « Soins palliatifs et accompagnement ». Cependant, selon leur mode d'admission et leur provenance, certains patients peuvent ne pas recevoir ce type d'information.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

<p>Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les projets de prise en charge des patients sont complétés lors des réunions hebdomadaires pluriprofessionnelles, du mardi, pour les patients suivis en HAD incluant ceux qui bénéficient de soins palliatifs. La traçabilité de ces réunions et des prises en charge décidées est assurée sur des fiches de synthèse classées dans le dossier patient structure. Les différentes personnes ressources (psychologues diététiciennes, professionnels du réseau) sont sollicitées afin de définir une stratégie de prise en charge partagée prenant en compte les souhaits du patient et de sa famille. La recherche de continuité du confort se traduit par l'existence de protocoles de prescriptions anticipées (douleur, encombrement bronchique, angoisse, hémorragie). Les informations concernant l'état du patient pour les proches, leur soutien et accompagnement ont lieu avec l'équipe soignante et le médecin coordonnateur, à leur demande. L'entourage peut également contacter directement le médecin traitant. Il est possible à l'entourage de se faire aider par la psychologue s'il le désire y compris après un décès éventuel.</p>
<p>Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le plan de formation de l'établissement comprend des formations sur la démarche palliative. Les formations diplômantes sont favorisées. Un médecin coordonnateur, un IDE et un AS intervenants à domicile sont titulaires du diplôme de soins palliatifs. Certains de ces professionnels qualifiés assistent aux congrès de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (2012 et 2013). Une sensibilisation des professionnels est assurée avec l'association Trèfle et avec le concours des médecins de l'établissement. Cette sensibilisation repose sur un programme annuel et des objectifs. Un exposé sous forme de diaporama "Démarche palliative à domicile" a été présenté par les infirmières qualifiées à leurs collègues de l'HAD trois fois en 2013. Cependant, la sensibilisation basée sur le volontariat ne touche qu'une partie des professionnels hospitaliers et peu de professionnels libéraux confrontés à la prise en charge de ce type de patients.</p>

	En grande partie	
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions hebdomadaires, le mardi, pluriprofessionnelles, lors desquelles les cas des patients hospitalisés en HAD sont abordés, sont en place. Elles incluent les patients bénéficiant de soins palliatifs. Elles associent cadre de santé et infirmière coordinatrice, IDE, AS, médecin, diététicienne, pharmacien, psychologue, assistante sociale. Sont également invités les infirmières libérales et les autres intervenants (kinésithérapeute). Elles permettent de réévaluer régulièrement les stratégies de soins mises en place et de prendre des décisions analysées collégialement. L'ensemble de ces échanges est tracé dans le dossier structure du patient sous la forme d'un compte-rendu.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	L'encadrement de l'unité concernée par des situations de fin de vie fréquentes met en place des actions visant à éviter les situations d'épuisement professionnel et à apporter un soutien psychologique aux équipes. Les professionnels de santé, confrontés à ces prises en charge complexes, échangent lors des staffs hebdomadaires avec l'ensemble de l'équipe afin de libérer la parole. Des groupes de parole sont proposés régulièrement par le psychologue de la maison médicale partenaire. L'infirmière coordinatrice est disponible en cas de nécessité pour les professionnels. Le psychologue de l'HAD est disponible à la demande pour intervenir auprès des personnels en difficulté.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Un processus d'information des professionnels sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 est en place : une formation interne sur la loi Leonetti est dispensée auprès des professionnels soignants tous les ans, par un médecin spécialiste. Les formations sont ouvertes aux professionnels libéraux.

	Oui	L'établissement a élaboré des procédures sur la limitation ou l'arrêt des traitements et les directives anticipées qui sont disponibles pour les professionnels via la gestion documentaire.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a établi des conventions avec les associations de bénévoles (Hemera, Trèfle) et la maison médicale de soins palliatifs Jean XXIII. Les bénévoles sont orientés par les professionnels vers les patients le nécessitant en HAD.
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.).	En grande partie	Les prises en charge des patients en HAD sont essentiellement évaluées avec l'EMSP de la maison médicale partenaire Jean XXIII. Une EPP sur la prise en charge de la douleur en HAD lors des soins palliatifs (2009) a été menée (étape 5). Le comité d'éthique vient d'être créé. Cependant, les résultats de cette activité ne sont pas présentés aux différentes instances, leur communication n'est pas structurée.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Des moyens de réflexion (réunions hebdomadaires, entretien avec la psychologue, transmissions entre équipe...) permettent, aux professionnels confrontés, aux décisions de poursuite, de limitations ou d'arrêts de traitements curatifs ou de suppléance vitale, de pouvoir échanger. Cette réflexion est pluriprofessionnelle.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	La traçabilité des réunions pluriprofessionnelles dans les fiches de synthèse classées dans les dossiers structure des patients est effective et témoigne des actions d'amélioration personnalisées concernant la prise en charge des patients, qui sont prises. Les "tournées" sont doublées pour les patients dont la prise en charge est complexe. L'EPP initiée en 2009 a entraîné la mise en place d'actions d'amélioration telles que les prescriptions anticipées, le développement des prises en charge non médicamenteuses, l'amélioration de la traçabilité de l'information donnée au patient.

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

La procédure "Politique et guide d'utilisation du dossier patient" décrit les modalités de tenue, de communication et d'archivage. Cette procédure se complète d'un guide d'utilisation du dossier de soins qui définit le recueil de données sur le patient ainsi que les modalités de traçabilité des interventions des professionnels. Sont ainsi formalisés les responsabilités des intervenants, les règles d'utilisation du dossier, le circuit du dossier patient, l'archivage et la destruction des pièces.

Le dossier patient se compose d'un support papier comprenant des données administratives, médicales et soignantes. Ce dossier papier est globalement uniformisé (contenu, mode de rangement). Les professionnels disposent d'un accès aux données administratives informatisées et à un logiciel de prescription/administration des médicaments.

Le dispositif est connu et utilisé par les professionnels et figure dans la gestion documentaire accessible à tous.

Il existe un groupe de référence pour le dossier qui valide les supports, les réactualise, il est impliqué dans la mise en

	Oui	<p>place programmée d'un logiciel « Dossier patient informatisé ». Ce logiciel est choisi, sa mise en place est programmée.</p> <p>L'information aux nouveaux arrivants, aux stagiaires et aux remplaçants sur les règles de tenue est assurée par les cadres et par les membres des équipes.</p>
<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.</p>	Oui	<p>L'ensemble des documents constitutifs et relatifs au dossier sont répertoriés dans le guide d'utilisation du dossier de soins. Les règles d'accès au dossier sont formalisées dans la procédure "Politique et guide d'utilisation du dossier patient" pour les professionnels habilités. Elles sont diffusées auprès de tous les personnels concernés.</p> <p>Toutes les données issues des consultations et hospitalisations antérieures sont regroupées dans un dossier patient unique. Les médecins ont un accès sécurisé aux courriers médicaux et aux comptes-rendus médicaux antérieurs par voie informatique.</p> <p>Les règles d'accès sont diffusées dans le livret d'accueil en ce qui concerne l'accès au dossier à la demande du patient. Les règles et droits d'accès aux différents logiciels sont formalisés par l'attribution de droits d'accès délivrés par l'administrateur en fonction des profils des utilisateurs préalablement définis.</p> <p>A la sortie, les dossiers sont gardés sur l'unité de soins puis transmis au service des archives selon une procédure définie. Le dossier patient est constitué par les épisodes d'hospitalisation antérieure. Une recherche vers les archives centrales est assurée si besoin.</p> <p>Pour les correspondants extérieurs, les comptes-rendus d'hospitalisation sont envoyés en format papier. Lors d'un transfert ou consultation externe, la transmission des éléments administratifs, médicaux et paramédicaux est réalisée à l'aide de fiches de liaison.</p> <p>Différentes modalités d'information des professionnels sont en place comme une présentation du dossier à chaque nouvel arrivé par le cadre et/ou l'IDE tuteur au moment de la période d'intégration, un rappel sur le guide et les bonnes pratiques de la tenue du dossier, lors des réunions d'équipe.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</p>	<p>Oui</p> <p>En grande partie</p>	<p>Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 71 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [67-75] pour la campagne de recueil 2011. L'établissement a défini et mis en oeuvre un plan d'actions associé à l'indicateur.</p>
<p>La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge est assurée en temps utile. Tous les intervenants ont accès au dossier et disposent de formulaires spécifiques. Les informations soignantes sont tracées dans le dossier, ainsi que les informations médicales.</p> <p>Lors du transfert d'un patient des urgences vers un autre centre hospitalier, une photocopie du dossier médical est fournie au centre hospitalier, après accord de la prise en charge par téléphone.</p> <p>Lors du transfert d'un patient d'une unité de soins vers un autre centre hospitalier, un courrier médical accompagne le patient, ainsi que des photocopies des pièces de son dossier médical et la fiche de liaison infirmière.</p> <p>Lors d'un transfert interne ou vers l'EHPAD proche, le dossier du patient suit le patient.</p> <p>Pour le service de gynécologie-obstétrique, la patiente sort avec la lettre de sortie à remettre au médecin traitant, avec le carnet de santé du nourrisson, ainsi que les résultats des examens réalisés au cours du séjour.</p> <p>Pour chaque unité de soins, une liste des documents à remettre à la sortie est définie dans la procédure "Préparation de la sortie des patients".</p> <p>En obstétrique, certaines patientes ont un dossier « OMBREL</p>

	En grande partie	<p>» pour assurer leur suivi en externe.</p> <p>La transmission des informations relatives aux patients est définie dans la procédure "Préparation de la sortie des patients".</p> <p>Lors de la sortie du patient, le médecin traitant reçoit un courrier de sortie ainsi que les photocopies des documents utiles.</p> <p>Les services de chirurgie et d'obstétrique respectent les délais de communication réglementaires avec les correspondants externes.</p> <p>Le service de médecine met en place des mesures pour réduire ses délais de transmission des courriers de sortie (valeur de l'indicateur en 2011 : 78 % de CFH ou CR).</p> <p>Les comptes-rendus d'hospitalisation ne sont pas publiés dans le dossier médical partagé comme le confirme la valeur de l'indicateur Hôpital Numérique associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.</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.	Oui	<p>L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.</p> <p>Un audit sur les transmissions ciblées a été réalisé en 2012 dans les unités de médecine, de chirurgie et de gynécologie-obstétrique. Un audit dossier patient a été réalisé en juin 2013 à partir d'une grille multicritères. L'établissement recueille l'indicateur Hôpital Numérique associé.</p>
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	<p>Suite aux relevés des indicateurs IPAQSS, aux audits sur les transmissions ciblées et aux relevés des anomalies constatées, l'établissement met en oeuvre des mesures d'amélioration. Les résultats des indicateurs IPAQSS sont communiqués aux instances (CME, CSIRMT) et à chaque unité de soins.</p> <p>Les axes d'amélioration concernant le dossier sont intégrés dans le PAQ global et suivi par les référents désignés et le service qualité.</p>

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

La procédure "Politique et guide d'utilisation du dossier patient" décrit les modalités de tenue, de communication et d'archivage. Cette procédure se complète d'un guide d'utilisation du dossier de soins qui définit le recueil de données sur le patient ainsi que les modalités de traçabilité des interventions des professionnels. Sont ainsi formalisés les responsabilités des intervenants, les règles d'utilisation du dossier, le circuit du dossier patient, l'archivage et la destruction des pièces.

Le dossier patient se compose d'un support papier comprenant des données administratives, médicales et soignantes. Ce dossier papier est globalement uniformisé (contenu, mode de rangement). Les professionnels disposent d'un accès aux données administratives informatisées et à un logiciel de prescription/administration des médicaments.

Le dispositif est connu et utilisé par les professionnels et figure dans la gestion documentaire accessible à tous.

Il existe un groupe de référence pour le dossier qui valide les supports, les réactualise, il est impliqué dans la mise en

	Oui	<p>place programmée d'un logiciel « Dossier patient informatisé ». Ce logiciel est choisi, sa mise en place est programmée.</p> <p>L'information aux nouveaux arrivants, aux stagiaires et aux remplaçants sur les règles de tenue est assurée par les cadres et par les membres des équipes.</p>
<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.</p>	Oui	<p>L'ensemble des documents constitutifs et relatifs au dossier sont répertoriés dans le guide d'utilisation du dossier de soins. Les règles d'accès au dossier sont formalisées dans la procédure "Politique et guide d'utilisation du dossier patient" pour les professionnels habilités. Elles sont diffusées auprès de tous les personnels concernés.</p> <p>Toutes les données issues des consultations et hospitalisations antérieures sont regroupées dans un dossier patient unique. Les médecins ont un accès sécurisé aux courriers médicaux et aux comptes-rendus médicaux antérieurs par voie informatique.</p> <p>Les règles d'accès sont diffusées dans le livret d'accueil en ce qui concerne l'accès au dossier à la demande du patient. Les règles et droits d'accès aux différents logiciels sont formalisés par l'attribution de droits d'accès délivrés par l'administrateur en fonction des profils des utilisateurs préalablement définis.</p> <p>A la sortie, les dossiers sont gardés sur l'unité de soins puis transmis au service des archives selon une procédure définie. Le dossier patient est constitué par les épisodes d'hospitalisation antérieure. Une recherche vers les archives centrales est assurée si besoin.</p> <p>Pour les correspondants extérieurs, les comptes-rendus d'hospitalisation sont envoyés en format papier. Lors d'un transfert ou consultation externe, la transmission des éléments administratifs, médicaux et paramédicaux est réalisée à l'aide de fiches de liaison.</p> <p>Différentes modalités d'information des professionnels sont en place comme une présentation du dossier à chaque nouvel arrivé par le cadre et/ou l'IDE tuteur au moment de la période d'intégration, un rappel sur le guide et les bonnes</p>

	Oui	pratiques de la tenue du dossier, lors des réunions d'équipe.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 72 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [69-73] pour la campagne de recueil 2011. L'établissement a défini et mis en oeuvre un plan d'actions associé à l'indicateur.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge est assurée en temps utile. Tous les intervenants ont accès au dossier et disposent de formulaires spécifiques. Les informations soignantes sont tracées dans le dossier, ainsi que les informations médicales. Lors du transfert d'un patient d'une unité de soins vers un autre centre hospitalier, un courrier médical accompagne le patient, ainsi que des photocopies des pièces de son dossier médical et la fiche de liaison infirmière. Lors d'un transfert interne ou vers l'EHPAD proche, le dossier du patient suit le patient. Pour chaque unité de soins, une liste des documents à remettre à la sortie est définie dans la procédure "Préparation de la sortie des patients". Lors de la sortie du patient, le médecin traitant reçoit un courrier de sortie ainsi que les photocopies des documents utiles (valeur de l'indicateur en 2011 : 95 % de CFH ou CR). Les comptes-rendus d'hospitalisation ne sont pas publiés dans le dossier médical partagé comme le confirme la valeur de l'indicateur Hôpital Numérique associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation. Un audit sur les transmissions ciblées a été réalisé en 2012 dans les unités de médecine, de chirurgie et de gynécologie-obstétrique. Un audit dossier patient a été réalisé en juin 2013 à partir d'une grille multicritères. L'établissement recueille l'indicateur Hôpital Numérique associé.</p>
<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>Oui</p>	<p>Suite aux relevés des indicateurs IPAQSS, aux audits sur les transmissions ciblées et aux relevés des anomalies constatées, l'établissement met en oeuvre des mesures d'amélioration. Les résultats des indicateurs IPAQSS sont communiqués aux instances (CME, CSIRMT) et à chaque unité de soins. Les axes d'amélioration concernant le dossier sont intégrés dans le PAQ global et suivi par les référents désignés et le service qualité.</p>

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Hospitalisation à domicile
Gestion du dossier du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

La formalisation des règles de tenue du dossier en HAD s'appuie sur les procédures générales de l'établissement et sur une procédure spécifique. La procédure "Politique et guide d'utilisation du dossier patient" décrit les modalités de tenue, de communication et d'archivage.

La procédure "Dossier patient en HAD", actualisée en 2013, décrit les modalités de mise en place et le contenu du dossier patient en HAD. Sont ainsi formalisés les responsabilités des intervenants, les règles d'utilisation du dossier, le circuit du dossier patient, l'archivage et la destruction des pièces.

Les professionnels de l'HAD sont impliqués dans le groupe de référence dossier pour participer à l'élaboration des documents utiles et à leur mise à jour.

Le dossier patient se présente sous format papier. Il se compose d'une partie « au domicile » et d'une partie conservée dans le service HAD. La partie domicile est accessible à tous les intervenants (professionnels de l'HAD et libéraux), et comprend tous les formulaires nécessaires au relevé des informations assurant la continuité des soins à

	Oui	<p>domicile, dans le respect de la confidentialité des informations. Cette partie permet aux professionnels de l'HAD et aux intervenants libéraux de tracer leurs interventions et de suivre la prise en charge du patient.</p> <p>Le dossier disponible dans le service regroupe l'ensemble des éléments constitutifs (ordonnances, résultats de laboratoire, courriers...). Il est accessible aux professionnels de l'unité. Les deux parties du dossier sont rapprochées à la fin de la prise en charge en HAD, dans un document unique, pour être archivées. Chaque dossier comporte un identifiant unique.</p> <p>La partie administrative du dossier est informatisée et accessible dans le service HAD. L'établissement a déployé un logiciel de prescription informatisée accessible au niveau du service HAD uniquement.</p> <p>Le dispositif est connu et utilisé par les professionnels et figure dans la gestion documentaire accessible à tous. L'information aux nouveaux arrivants, aux stagiaires et aux remplaçants sur les règles de tenue est assurée par les cadres et par les membres des équipes. Lors de l'actualisation du dossier en 2013, les professionnels libéraux ont bénéficié d'une information sur la tenue du dossier, ces informations sont rappelées lors des débuts de prise en charge par les professionnels de l'HAD.</p>
<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.</p>	Oui	<p>L'ensemble des documents constitutifs et relatifs au dossier sont répertoriés dans le guide d'utilisation du dossier de soins. Les règles d'accès au dossier sont formalisées dans la procédure "Politique et guide d'utilisation du dossier patient" pour les professionnels habilités. Elles sont diffusées auprès de tous les personnels concernés.</p> <p>Toutes les données issues des consultations et hospitalisations antérieures sont regroupées dans un dossier patient unique. Les médecins ont un accès sécurisé aux courriers médicaux et aux comptes-rendus médicaux antérieurs par voie informatique.</p> <p>Les règles d'accès sont diffusées dans le livret d'accueil en ce qui concerne l'accès au dossier à la demande du patient.</p>

	Oui	<p>Les règles et droits d'accès aux différents logiciels sont formalisés par l'attribution de droits d'accès délivrés par l'administrateur en fonction des profils des utilisateurs préalablement définis. Cet accès est limité aux professionnels de l'HAD.</p> <p>A la sortie, les dossiers sont gardés sur l'unité de soins puis transmis au service des archives selon une procédure définie. Le dossier patient est constitué par les épisodes d'hospitalisation antérieure. Une recherche vers les archives centrales est assurée si besoin.</p> <p>Pour les correspondants extérieurs, les projets de soins et les comptes-rendus d'hospitalisation sont envoyés en format papier. Lors d'un transfert ou consultation externe, la transmission des éléments administratifs, médicaux et paramédicaux est réalisée à l'aide de fiches de liaison.</p> <p>Différentes modalités d'information des professionnels sont en place comme une présentation du dossier à chaque nouvel arrivé par le cadre et/ou l'IDE tuteur au moment de la période d'intégration, un rappel sur le guide et les bonnes pratiques de la tenue du dossier, lors des réunions d'équipe.</p> <p>Chaque intervenant libéral signe une convention avec l'HAD, qui indique leurs engagements pour la continuité des soins et la communication des informations nécessaires à la prise en charge des patients.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 64 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [61-68] pour la campagne de recueil 2011. L'établissement a défini et mis en oeuvre un plan d'actions associé à l'indicateur.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge est assurée en temps utile. Tous les intervenants ont accès au dossier et disposent de formulaires spécifiques. Après chaque intervention au

	En grande partie	<p>domicile du patient, les professionnels de l'HAD tracent leurs observations dans les deux dossiers (domicile et service HAD) afin de permettre la continuité des soins par le reste de l'équipe.</p> <p>Lors du transfert d'un patient d'une unité de soins vers un autre centre hospitalier, un courrier médical accompagne le patient, ainsi que des photocopies des pièces de son dossier médical et la fiche de liaison infirmière.</p> <p>Lors d'un transfert interne ou vers l'EHPAD proche, le dossier du patient suit le patient.</p> <p>Pour chaque unité de soins, une liste des documents à remettre à la sortie est définie dans la procédure "Préparation de la sortie des patients".</p> <p>Lors de la sortie du patient, le médecin traitant reçoit un courrier de sortie ainsi que les photocopies des documents utiles (valeur de l'indicateur en 2011 : 72 % de CFH ou CR).</p> <p>Les comptes-rendus d'hospitalisation ne sont pas publiés dans le dossier médical partagé comme le confirme la valeur de l'indicateur Hôpital Numérique associé en référence au seuil de progression au moment de la visite.</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.	Oui	<p>L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.</p> <p>Un audit sur les transmissions ciblées a été réalisé en 2012 dans les unités de médecine, de chirurgie et de gynécologie-obstétrique. Un audit dossier patient a été réalisé en juin 2013 à partir d'une grille multicritères. L'établissement recueille l'indicateur Hôpital Numérique associé.</p>
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	En grande partie	<p>Suite aux relevés des indicateurs IPAQSS, aux audits sur les transmissions ciblées et aux relevés des anomalies constatées, l'établissement met en oeuvre des mesures d'amélioration. Les résultats des indicateurs IPAQSS sont communiqués aux instances (CME, CSIRMT) et à chaque unité de soins.</p> <p>Les axes d'amélioration concernant le dossier sont intégrés</p>

En grande partie	dans le PAQ global et suivi par les référents désignés et le service qualité. Suite aux évaluations réalisées, plusieurs actions d'amélioration ont été menées : révision du contenu du dossier patient, révision du code couleur utilisé dans le dossier, réalisation de la macrocible d'entrée en visite de pré-admission, la prise en charge sociale est complétée systématiquement.
------------------	--

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'accès du patient à son dossier fait l'objet d'une procédure de communication du dossier médical aux usagers en conformité avec les textes réglementaires en vigueur. Elle décrit les modalités d'accès standards (patient) et spécifiques (ayants droit, mineurs, patients sous tutelle, réquisition...). Un formulaire "Demande de communication d'un dossier médical" est utilisé à la demande d'un patient ou d'un tiers en complément d'un accusé réception de sa demande.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Le livret d'accueil est le principal vecteur utilisé pour informer le patient de ses droits d'accès à son dossier, il précise les dispositions relatives à l'accès au dossier médical.

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

Oui

Le secrétariat de direction centralise les demandes de dossiers, en organise l'accès et effectue un suivi concernant le nombre de demandes et les délais de réponse. Il s'assure du respect des délais d'accès du patient à son dossier. Il enregistre dans un tableau de bord toutes les demandes et

	Oui	produit un bilan repris dans le rapport de la CRUQPC. Pour les demandes de dossiers émises en 2012, les réponses ont été apportées dans un délai moyen inférieur à huit jours, respectant ainsi les délais réglementaires.
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 évaluations des délais de transmission des dossiers aux patients sont réalisées, principalement dans le cadre du rapport annuel de la CRU. Des actions d'amélioration sont mises en place en cas de dysfonctionnement.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Le rapport d'activité annuel de la CRUQPC et les procès-verbaux de réunions font apparaître que la CRUQPC est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.

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'accès du patient à son dossier fait l'objet d'une procédure de communication du dossier médical aux usagers en conformité avec les textes réglementaires en vigueur. Elle décrit les modalités d'accès standards (patient) et spécifiques (ayants droit, mineurs, patients sous tutelle, réquisition...). Un formulaire "Demande de communication d'un dossier médical" est utilisé à la demande d'un patient ou d'un tiers en complément d'un accusé réception de sa demande.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Le livret d'accueil est le principal vecteur utilisé pour informer le patient de ses droits d'accès à son dossier, il précise les dispositions relatives à l'accès au dossier médical.

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

Oui

Le secrétariat de direction centralise les demandes de dossiers, en organise l'accès et effectue un suivi concernant le nombre de demandes et les délais de réponse. Il s'assure du respect des délais d'accès du patient à son dossier. Il enregistre dans un tableau de bord toutes les demandes et

	Oui	produit un bilan repris dans le rapport de la CRUQPC. Pour les demandes de dossiers émises en 2012, les réponses ont été apportées dans un délai moyen inférieur à huit jours, respectant ainsi les délais réglementaires.
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 évaluations des délais de transmission des dossiers aux patients sont réalisées, principalement dans le cadre du rapport annuel de la CRU. Des actions d'amélioration sont mises en place en cas de dysfonctionnement.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Le rapport d'activité annuel de la CRUQPC et les procès-verbaux de réunions font apparaître que la CRUQPC est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.b - Hospitalisation à domicile
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'accès du patient à son dossier fait l'objet d'une procédure de communication du dossier médical aux usagers en conformité avec les textes réglementaires en vigueur. Elle décrit les modalités d'accès standards (patient) et spécifiques (ayants droit, mineurs, patients sous tutelle, réquisition...). Un formulaire "Demande de communication d'un dossier médical" est utilisé à la demande d'un patient ou d'un tiers en complément d'un accusé réception de sa demande.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Le livret d'accueil est le principal vecteur utilisé pour informer le patient de ses droits d'accès à son dossier, il précise les dispositions relatives à l'accès au dossier médical.

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

Oui

Le secrétariat de direction centralise les demandes de dossiers, en organise l'accès et effectue un suivi concernant le nombre de demandes et les délais de réponse. Il s'assure du respect des délais d'accès du patient à son dossier. Il enregistre dans un tableau de bord toutes les demandes et

	Oui	produit un bilan repris dans le rapport de la CRUQPC. Pour les demandes de dossiers émises en 2012, les réponses ont été apportées dans un délai moyen inférieur à huit jours, respectant ainsi les délais réglementaires.
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 évaluations des délais de transmission des dossiers aux patients sont réalisées, principalement dans le cadre du rapport annuel de la CRU. Des actions d'amélioration sont mises en place en cas de dysfonctionnement.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Le rapport d'activité annuel de la CRUQPC et les procès-verbaux de réunions font apparaître que la CRUQPC est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

La fiabilisation de l'identification du patient s'appuie sur une autorité de gestion (comité de pilotage) et une cellule d'identitovigilance en place depuis juin 2011, dont les principes, l'organisation et les missions des membres sont validés dans un règlement intérieur. Des administrateurs d'identité sont nommés. Un projet d'identitovigilance est intégré dans le projet d'établissement 2013-2017. La politique d'identification des patients a été formalisée en 2011 et contient une charte identitovigilance. Un guide regroupant les procédures en lien avec l'identitovigilance est validé et diffusé à l'ensemble des personnels depuis mars 2012. Des protocoles précisent les situations particulières (accouchement sous X). Des fusions sont régulièrement réalisées.

Une affiche de sensibilisation des patients se trouve aux points d'accueil des urgences et de l'accueil central. La procédure d'identitovigilance lors de la prise en charge soignante prévoit la mise en place de bracelets d'identification pour tous les patients, y compris les nouveau-nés, avec leur accord. La valeur de l'indicateur HN

	En grande partie	suit la valeur seuil minimale de la certification HAS. Cependant, le logiciel utilisé actuellement ne permet pas de dépister les doublons. Un projet d'investissement est défini pour s'assurer de la fiabilité de l'identification des patients.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	<p>En 2012, 14 séances de sensibilisation ont été organisées par les membres de la cellule d'identitovigilance permettant de toucher 265 membres du personnel.</p> <p>Une formation spécifique par un organisme extérieur pour les personnels créant les identités a été organisée en mai 2013.</p> <p>Un guide regroupant l'ensemble des procédures sur l'identitovigilance est mis à disposition du personnel (version papier et version informatique par le biais de la gestion documentaire).</p> <p>Les personnels du bloc opératoire ont également été sensibilisés lors de la mise en place des check-lists.</p> <p>La thématique identitovigilance a été ajoutée à la semaine nationale "Sécurité des patients" 2012 : des membres de la cellule d'identitovigilance sont venus dans chaque unité pour sensibiliser les personnels par le biais d'un quizz.</p>
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	En grande partie	<p>Une procédure est établie dans le guide des procédures d'identitovigilance. Il est prévu une vérification de l'identité des patients, en concordance avec les informations mentionnées sur la carte d'identité et la carte Vitale. Il est également demandé aux patients ou leur(s) proche(s) de décliner leur identité. Si le patient est déjà venu, une vérification des données antérieures est réalisée. Les règles de saisie des nom et prénom sont définies.</p> <p>Cependant, les vérifications à l'aide de la carte d'identité, assurées par le personnel de l'accueil administratif, ne sont pas systématiquement réalisées, les patients se présentant fréquemment sans leur papier d'identité.</p>

<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Un bracelet d'identification identifié au nom du patient ou du nouveau-né est posé au poignet du patient par l'IDE qui l'accueille dans le service de soins. Les professionnels rencontrés lors de la visite étaient sensibilisés aux risques liés à l'identité du patient et connaissaient les étapes clés et les modalités définies. Ils vérifient généralement la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. Le bloc opératoire réalise systématiquement des contrôles d'identité. Cependant, l'évaluation du dossier montre que la traçabilité des vérifications n'est pas systématique.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une procédure de signalement des anomalies d'identité est formalisée. Une fiche spécifique de signalement est également mise en place. Les erreurs d'identité sont alors corrigées par les administrateurs d'identité. Certaines erreurs d'identité remontent également par le biais des fiches de signalement des événements indésirables (FEI) et sont analysées et corrigées. Elles sont recensées dans le bilan annuel des FEI. Une évaluation des pratiques professionnelles sur l'utilisation de la check-list au bloc opératoire a été réalisée en 2012 et a permis de démontrer que l'identité des patients était vérifiée à 100 % au bloc opératoire. Une évaluation des pratiques professionnelles sur l'acte transfusionnel a eu lieu en 2012. Un audit afin de vérifier l'application des procédures fait partie des projets de la cellule d'identitovigilance a été réalisé en juin 2013. Il a permis d'analyser et de corriger les erreurs. Une RMM sur ce thème est programmée le 17 septembre 2013.</p>

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

La fiabilisation de l'identification du patient s'appuie sur une autorité de gestion (comité de pilotage) et une cellule d'identitovigilance en place depuis juin 2011, dont les principes, l'organisation et les missions des membres sont validés dans un règlement intérieur. Des administrateurs d'identité sont nommés. Un projet d'identitovigilance est intégré dans le projet d'établissement 2013-2017. La politique d'identification des patients a été formalisée en 2011 et contient une charte identitovigilance. Un guide regroupant les procédures en lien avec l'identitovigilance est validé et diffusé à l'ensemble des personnels depuis mars 2012. Des protocoles précisent les situations particulières (accouchement sous X). Des fusions sont régulièrement réalisées.

Une affiche de sensibilisation des patients se trouve aux points d'accueil des urgences et de l'accueil central. La procédure d'identitovigilance lors de la prise en charge soignante prévoit la mise en place de bracelets d'identification pour tous les patients, y compris les nouveau-nés, avec leur accord. La valeur de l'indicateur HN

	En grande partie	suit la valeur seuil minimale de la certification HAS. Cependant, le logiciel utilisé actuellement ne permet pas de dépister les doublons. Un projet d'investissement est défini pour s'assurer de la fiabilité de l'identification des patients.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	<p>En 2012, 14 séances de sensibilisation ont été organisées par les membres de la cellule d'identitovigilance permettant de toucher 265 membres du personnel.</p> <p>Une formation spécifique par un organisme extérieur pour les personnels créant les identités a été organisée en mai 2013.</p> <p>Un guide regroupant l'ensemble des procédures sur l'identitovigilance est mis à disposition du personnel (version papier et version informatique par le biais de la gestion documentaire).</p> <p>Les personnels du bloc opératoire ont également été sensibilisés lors de la mise en place des check-lists.</p> <p>La thématique identitovigilance a été ajoutée à la semaine nationale "Sécurité des patients" 2012 : des membres de la cellule d'identitovigilance sont venus dans chaque unité pour sensibiliser les personnels par le biais d'un quizz.</p>
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	En grande partie	<p>Une procédure est établie dans le guide des procédures d'identitovigilance. Il est prévu une vérification de l'identité des patients, en concordance avec les informations mentionnées sur la carte d'identité et la carte Vitale. Il est également demandé aux patients ou leur(s) proche(s) de décliner leur identité. Si le patient est déjà venu, une vérification des données antérieures est réalisée. Les règles de saisie des nom et prénom sont définies.</p> <p>Cependant, les vérifications à l'aide de la carte d'identité, assurées par le personnel de l'accueil administratif, ne sont pas systématiquement réalisées, les patients se présentant fréquemment sans leur papier d'identité.</p>

<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Un bracelet d'identification identifié au nom du patient ou du nouveau-né est posé au poignet du patient par l'IDE qui l'accueille dans le service de soins. Les professionnels rencontrés lors de la visite étaient sensibilisés aux risques liés à l'identité du patient et connaissaient les étapes clés et les modalités définies. Ils vérifient généralement la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique. Le bloc opératoire réalise systématiquement des contrôles d'identité. Cependant, l'évaluation du dossier montre que la traçabilité des vérifications n'est pas systématique.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une procédure de signalement des anomalies d'identité est formalisée. Une fiche spécifique de signalement est également mise en place. Les erreurs d'identité sont alors corrigées par les administrateurs d'identité. Certaines erreurs d'identité remontent également par le biais des fiches de signalement des événements indésirables (FEI) et sont analysées et corrigées. Elles sont recensées dans le bilan annuel des FEI. Une évaluation des pratiques professionnelles sur l'utilisation de la check-list au bloc opératoire a été réalisée en 2012 et a permis de démontrer que l'identité des patients était vérifiée à 100 % au bloc opératoire. Une évaluation des pratiques professionnelles sur l'acte transfusionnel a eu lieu en 2012. Un audit afin de vérifier l'application des procédures fait partie des projets de la cellule d'identitovigilance a été réalisé en juin 2013. Il a permis d'analyser et de corriger les erreurs. Une RMM sur ce thème est programmée le 17 septembre 2013.</p>

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Hospitalisation à domicile

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.	Oui	
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	
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	En grande partie	
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Partiellement	

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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	Partiellement	

Référence 16: l'accueil du patient**Critère 16.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
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.	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.	En grande partie	
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 oeuvre en lien avec la CRU.	Non	

Référence 16: l'accueil du patient**Critère 16.a - Hospitalisation à domicile
Dispositif d'accueil du patient**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
	B	
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des dispositions sont prises afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
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.	En grande partie	
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 oeuvre en lien avec la CRU.	Non	

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		
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.	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 est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	En grande partie	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	En grande partie	

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

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	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 est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

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

Référence 17: l'évaluation de l'état de santé du patient**Critère 17.a - Hospitalisation à domicile****Evaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé**

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	L'établissement n'accueille pas de patients hospitalisés sans consentement ni de détenus (référence i.certification : 04NHR-0061).
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 personnalisés.	Non	
Le projet de soins personnalisés est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites, afin de s'assurer de la traçabilité des informations.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	Oui	

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

Critère 17.b
Prise en charge somatique des patients



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

Cotation		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 oeuvre.	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		B
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.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	En grande partie	

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	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.	Partiellement	

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.	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 afin d'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.	En grande partie	
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.	En grande partie	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Hospitalisation à domicile
 Continuité et coordination de la prise en charge des patients



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	Oui	L'organisation de la continuité des soins repose sur : <ul style="list-style-type: none"> - une permanence des soins, assurée 24 h/24 et 365 j/365, par une astreinte infirmière, par roulement, à partir d'un numéro unique. Pendant les jours ouvrables, entre 8h00 et 17h00, le patient et son entourage ont également la possibilité d'appeler le service HAD. Ces numéros sont à disposition en première page du dossier patient à son domicile ; - un avis médical sur appel du médecin traitant le jour ou sur appel du médecin coordonnateur (la nuit) d'astreinte sur l'établissement (temps de travail partagé avec les services de soins) ou selon la procédure d'urgence (médecin traitant, ou centre 15). Si l'infirmier d'astreinte le juge nécessaire, il peut contacter le médecin de garde de l'établissement pour avoir un avis médical. - Les réhospitalisations sont organisées vers l'établissement adresseur ou le centre hospitalier.

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a défini des mécanismes de coordination qui reposent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une centralisation des demandes d'admission (support papier ou demande informatisée "Trajectoire") par l'IDE de coordination ; - des réunions de synthèse multidisciplinaire hebdomadaires (le mardi) ; - des réunions de transmissions IDE/aides-soignantes entre chaque poste, tous les jours ; - des réunions de services (avec comptes-rendus, plusieurs fois par an) ; - une visite de pré-admission puis d'admission en présence des partenaires libéraux si prise en charge conjointe ; - une organisation d'une prise en charge conjointe (professionnel libéral et HAD) systématique ; - des rencontres sont organisées occasionnellement au domicile du patient, avec le médecin traitant et l'infirmière libérale, pour échanger sur sa prise en charge ; - après son élaboration en réunion multidisciplinaire, un projet thérapeutique est rédigé et adressé au médecin traitant ; - le dossier patient permet la transmission des informations, il est accessible à tous les professionnels intervenant au domicile.
<p>Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>La communication entre le service HAD et les intervenants extérieurs repose sur différents dispositifs mis en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le dossier patient au domicile est accessible à l'ensemble des intervenants ; - un projet thérapeutique du patient, élaboré en réunion multidisciplinaire, est envoyé au médecin traitant ; - la prise en charge par les professionnels libéraux est motivée par un ordre de mission incluant le protocole de soins ; - les prises en charge en EHPAD sont organisées par l'intermédiaire d'un protocole d'accord ; - l'équipe mobile de soins palliatifs de la maison médicale Jean XXIII et l'association de bénévoles HEMERA sont

	Oui	sollicitées par fax ; - des contacts téléphoniques réguliers sont réalisés avec les intervenants libéraux et les prestataires ; - une fiche de liaison (actualisée en 2013) est rédigée en fin de séjour en cas de transfert ; - le retour du dossier patient en provenance du domicile est organisé à chaque sortie.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	La prise en charge par des professionnels libéraux est motivée par un ordre de mission décrivant le protocole de soins. Les prises en charge en EHPAD sont organisées par l'intermédiaire d'un protocole d'accord nominatif d'intervention. Les professionnels utilisent pour collaborer le dossier patient domicile, les contacts téléphoniques, les fiches de liaison.
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	L'HAD a contracté des partenariats avec la maison médicale Jean XXIII pour l'accompagnement des soins palliatifs, et avec d'autres établissements de santé. Si le patient a besoin de consultations spécialisées, l'HAD peut faire appel aux praticiens du centre hospitalier ou à ceux des autres établissements de santé du département. En cas de réhospitalisation, le patient est adressé à son établissement de santé d'origine ou vers le centre hospitalier.
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	L'infirmière de coordination est l'interlocutrice privilégiée de tous les patients pris en charge en HAD. Elle est là pour répondre aux demandes et aux réclamations des patients. Elle se présente à chaque patient lors de la visite de pré-admission. Son rôle est rappelé dans le livret d'accueil HAD remis à chaque entrant en HAD. L'ensemble des coordonnées des professionnels et des prestataires participant à la prise sont disponibles sur une fiche récapitulative disponible en première page du dossier situé au domicile.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées à travers les questionnaires de satisfaction et les feuilles d'événements indésirables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le questionnaire de satisfaction patient permet d'évaluer la satisfaction des patients sur le service, ses résultats sont présentés à la CRUQC ; - l'exploitation des fiches d'événements indésirables permet de faire remonter les événements indésirables, notamment pour les dysfonctionnements liés aux dispositifs médicaux, ou avec les prestataires. <p>Des actions d'amélioration sont menées comme la modification du contenu du dossier, la réalisation d'une enquête de satisfaction auprès des IDE libéraux et d'une enquête de satisfaction des patients sur les prestataires.</p>
--	------------	---

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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	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.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.b - Hospitalisation à domicile

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

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

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	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 des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	

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		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.	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.	Oui		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

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

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		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.	Partiellement		
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.	Non	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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.	Partiellement		
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.	En grande partie	

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.	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.	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.	En grande partie	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation		
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.	NA	
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.	NA	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 56 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [45 % - 67 %] pour la campagne 2011 de l'indicateur "Tenue du dossier". L'établissement a défini et mis en oeuvre un plan d'actions

	En grande partie	associé à l'indicateur.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels". Il a mis en place d'autres modalités d'évaluation : des audits internes sur le dépistage de la dénutrition (depuis 2010) et une participation à une EPP régionale sur la réduction du jeûne nocturne.
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		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 75 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [65 % - 85 %] pour la campagne 2011 de l'indicateur "Tenue du dossier". L'établissement a défini et mis en oeuvre un plan d'actions

	Oui	associé à l'indicateur.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels". Il a mis en place d'autres modalités d'évaluation : des audits internes sur le dépistage de la dénutrition (depuis 2010) et une participation à une EPP régionale sur la réduction du jeûne nocturne.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.b - Hospitalisation à domicile 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 classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 41 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [27 % - 55 %] pour la campagne 2011 de l'indicateur "Tenue du dossier". L'établissement a défini et mis en oeuvre un plan d'actions

	En grande partie	associé à l'indicateur.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels". Il a mis en place d'autres modalités d'évaluation : des audits internes sur le dépistage de la dénutrition (depuis 2010) et une participation à une EPP régionale sur la réduction du jeûne nocturne.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation		
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.	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.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation		
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.	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.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Hospitalisation à domicile 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.	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.	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 oeuvre.	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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est formalisée dans le projet d'établissement 2013-2017 (partie projet médical, axe "projet pharmacie" et partie projet de soins, axe "optimiser l'organisation des soins") et dans le contrat de bon usage du médicament (2011-2014).
 L'établissement a formalisé son manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse contenant la politique qualité en cette matière qui décline l'organisation du circuit du médicament, complété par des procédures. Un plan d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse 2012-2013 est intégré au programme global qualité sécurité des soins, réalisé à partir :

- de la cartographie des risques de la prise en charge médicamenteuse (outil Inter Diag de l'ANAP) ;
- des exigences réglementaires du contrat de bon usage des médicaments et de l'arrêté d'avril 2011 ;
- des actions décidées en CREX (comité de retour d'expérience) suite à l'analyse des fiches de signalement des événements indésirables et des fiches de signalement des erreurs médicamenteuses ;

	Oui	- du bilan des contrats pharmacie/unités de soins. Le pharmacien est identifié comme le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Il a identifié ses médicaments à risques (chimiothérapies, thérapeutiques d'urgence, stupéfiants...) et initié une démarche d'identification personnalisée service par service par enquête.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Le projet d'informatisation du circuit du médicament a débuté en 2006 par la rédaction d'un cahier des charges. Cette démarche est intégrée au schéma directeur informatique de l'établissement. Le déploiement de l'informatisation de la prescription est effectif depuis 2010 pour l'ensemble des services de soins. L'ensemble du circuit du médicament est informatisé pour les étapes de prescription, analyse pharmaceutique, distribution et gestion des stocks, traçabilité. Tous les utilisateurs ont accès au logiciel en fonction des droits qui leur sont attribués, sur les postes informatiques mis à leur disposition.
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	Différents outils d'aide à la prescription sont mis à disposition des professionnels : - un livret thérapeutique soit en ligne, soit sous format papier, réactualisé régulièrement en fonction des marchés ; - une banque d'information sur les médicaments, disponible pour les prescripteurs par le biais du logiciel informatique du circuit des médicaments ; - des protocoles de service paramétrés dans le logiciel, notamment pour les médicaments à risques (chimiothérapies, thérapeutiques d'urgence, PCA, stupéfiants, SAP...) ; - un paramétrage d'alertes informatiques pour les prescriptions chez les personnes âgées et pour les dépassements de doses.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

<p>Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les besoins en formation sont recueillis à partir des analyses de risques a priori et des événements indésirables. Les besoins identifiés concernent la prescription informatisée (formation « prescription informatisée » dispensée aux nouveaux internes). L'analyse des risques a priori a été l'occasion d'échanges entre les professionnels des unités, la responsable qualité gestion des risques, et le pharmacien. Ces actions sont organisées conjointement par le pharmacien et le service qualité.</p> <p>Les pharmaciens ont organisé des formations internes en 2013 sur six classes de médicaments (définies selon besoins des unités) à destination des infirmiers, à partir d'un support de formation et d'un calendrier. Cette formation a permis de rappeler le bon usage des médicaments.</p> <p>Une formation sur l'analyse des causes profondes des événements indésirables a été réalisée en mars 2013, pour former 13 personnes pour la mise en oeuvre des CREX et des RMM notamment.</p> <p>La campagne de sensibilisation au signalement des événements indésirables organisée en 2012, ainsi que la semaine de la sécurité ont permis d'aborder le problème des erreurs médicamenteuses.</p> <p>Les pharmaciens transmettent, de façon trimestrielle, le relevé des erreurs médicamenteuses recensées à l'OMEDIT Nord Pas-de-Calais, et participent aux réunions de synthèse qui en découlent.</p>
<p>L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'informatisation de la prescription médicamenteuse a démarré en 2006. Le projet a été déployé dans les unités pour être finalisé en 2010. Le pharmacien est le référent pour le logiciel, le service informatique est également sollicité. Depuis la mise en place du logiciel, des actions correctives et évolutives ont été mises en place. Le taux d'informatisation complète de la prescription médicamenteuse en MCO est de 100 % pour les étapes de prescription, distribution, traçabilité et gestion des stocks, ce que confirme la valeur de l'indicateur Hôpital Numérique associé (D3.1 : 98 %).</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
<p>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sur la prise en charge médicamenteuse sont suivis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'établissement a signé un contrat de bon usage des médicaments avec l'ARS pour la période 2011-2015 et envoie annuellement un rapport d'étape, contenant une centaine d'indicateurs ; - le pharmacien responsable réalise un rapport annuel d'activité de la PUI. Ce rapport contient aussi bien des indicateurs d'activité que des indicateurs de processus, type "suivi des avis pharmaceutiques", "suivi des anomalies en chimiothérapie" par exemple ; - l'établissement recueille les indicateurs IPAQSS "Tenue du dossier patient" depuis 2008 ; - le pharmacien réalise annuellement un bilan des contrats de service par le biais d'un tableau de bord d'indicateurs de suivi des objectifs ; - les indicateurs de la SAE sont recueillis chaque année ; - Les événements indésirables sont recensés et suivis.
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>La fiche de signalement des erreurs médicamenteuses est en place depuis 2010. Une procédure sur le circuit de cette fiche ainsi que le règlement intérieur du comité de retour d'expérience (CREX) ont été formalisés et diffusés en 2010. Le signalement peut être réalisé par tout soignant, les signalements sont envoyés à la pharmacie, une analyse préliminaire est réalisée et des actions correctives immédiates sont mises en place ; enfin, une analyse plus approfondie est réalisée en CREX.</p> <p>La traçabilité de ce recueil est réalisée au sein de la pharmacie dans un tableur récapitulant l'ensemble des étapes du circuit, envoyé trimestriellement à l'ARS. L'ARS transmet alors un bilan régional du signalement des erreurs médicamenteuses.</p> <p>La pharmacie a également mis en place des fiches de non-conformité sur le circuit des médicaments (autres qu'erreurs médicamenteuses) à disposition des soignants. Un bilan annuel des erreurs médicamenteuses est réalisé et intégré</p>

	Oui	dans le bilan annuel qualité/sécurité des soins porté à la connaissance du COMEDIMS et de la CME.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	En grande partie	Suite à l'évaluation des risques a priori, un plan d'actions spécifique a été établi. Un bilan des actions réalisées est mené ainsi qu'une planification des actions 2013. Ce plan est suivi dans le cadre du PAQ à l'échelle de l'établissement par les pharmaciens. Les analyses des événements indésirables donnent lieu à des actions correctives qui sont inscrites sur le tableau d'enregistrement des événements indésirables. Les actions des audits sont enregistrées dans le plan d'actions qualité. Les actions définies lors des CREX sont suivies lors de la réunion suivante. Des rétro-informations sont réalisées en réunion de cadres, en COMEDIMS et en CME.

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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est formalisée dans le projet d'établissement 2013-2017 (partie projet médical, axe "projet pharmacie" et partie projet de soins, axe "optimiser l'organisation des soins") et dans le contrat de bon usage du médicament (2011-2014).
L'établissement a formalisé son manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse contenant la politique qualité en cette matière qui décline l'organisation du circuit du médicament, complété par des procédures. Un plan d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse 2012-2013 est intégré au programme global qualité sécurité des soins, réalisé à partir :

- de la cartographie des risques de la prise en charge médicamenteuse (outil Inter Diag de l'ANAP) ;
- des exigences réglementaires du contrat de bon usage des médicaments et de l'arrêté d'avril 2011 ;
- des actions décidées en CREX (comité de retour d'expérience) suite à l'analyse des fiches de signalement des événements indésirables et des fiches de signalement des erreurs médicamenteuses ;

	Oui	- du bilan des contrats pharmacie/unités de soins. Le pharmacien est identifié comme le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Il a identifié ses médicaments à risques (chimiothérapie, stupéfiants...) et initié une démarche d'identification personnalisée service par service par enquête.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Le projet d'informatisation du circuit du médicament a débuté en 2006 par la rédaction d'un cahier des charges. Cette démarche est intégrée au schéma directeur informatique de l'établissement. Le déploiement de l'informatisation de la prescription est effectif depuis 2010 pour l'ensemble des services de soins. L'ensemble du circuit du médicament est informatisé pour les étapes de prescription, analyse pharmaceutique, distribution et gestion des stocks, traçabilité. Tous les utilisateurs ont accès au logiciel en fonction des droits qui leur sont attribués, sur les postes informatiques mis à leur disposition.
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	Différents outils d'aide à la prescription sont mis à disposition des professionnels : - un livret thérapeutique soit en ligne, soit sous format papier, réactualisé régulièrement en fonction des marchés ; - une banque d'information sur les médicaments, disponible pour les prescripteurs par le biais du logiciel informatique du circuit des médicaments ; - des protocoles de service paramétrés dans le logiciel, notamment pour les médicaments à risques (chimiothérapies, thérapeutiques d'urgence, PCA, stupéfiants, SAP...) ; - un paramétrage d'alertes informatiques pour les prescriptions chez les personnes âgées et pour les dépassements de doses.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

<p>Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les besoins en formation sont recueillis à partir des analyses de risques a priori et des événements indésirables. Les besoins identifiés concernent la prescription informatisée (formation « prescription informatisée » dispensée aux nouveaux internes). L'analyse des risques a priori a été l'occasion d'échanges entre les professionnels des unités, la responsable qualité gestion des risques, et le pharmacien. Ces actions sont organisées conjointement par le pharmacien et le service qualité.</p> <p>Les pharmaciens ont organisé des formations internes en 2013 sur six classes de médicaments (définies selon besoins des unités) à destination des infirmiers, à partir d'un support de formation et d'un calendrier. Cette formation a permis de rappeler le bon usage des médicaments.</p> <p>Une formation sur l'analyse des causes profondes des événements indésirables a été réalisée en mars 2013, pour former 13 personnes pour la mise en oeuvre des CREX et des RMM notamment.</p> <p>La campagne de sensibilisation au signalement des événements indésirables organisée en 2012, ainsi que la semaine de la sécurité ont permis d'aborder le problème des erreurs médicamenteuses.</p> <p>Les pharmaciens transmettent, de façon trimestrielle, le relevé des erreurs médicamenteuses recensées à l'OMEDIT Nord Pas-de-Calais, et participent aux réunions de synthèse qui en découlent.</p>
<p>L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'informatisation de la prescription médicamenteuse a démarré en 2006. Le projet a été déployé dans les unités pour être finalisé en 2010. Le pharmacien est le référent pour le logiciel, le service informatique est également sollicité. Depuis la mise en place du logiciel, des actions correctives et évolutives ont été mises en place. Le taux d'informatisation complète de la prescription médicamenteuse en SSR est de 100 % pour les étapes de prescription, distribution, traçabilité et gestion des stocks, ce que confirme la valeur de l'indicateur Hôpital Numérique associé (D3.1 : 98 %).</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
<p>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sur la prise en charge médicamenteuse sont suivis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'établissement a signé un contrat de bon usage des médicaments avec l'ARS pour la période 2011-2015 et envoie annuellement un rapport d'étape, contenant une centaine d'indicateurs ; - le pharmacien responsable réalise un rapport annuel d'activité de la PUI. Ce rapport contient aussi bien des indicateurs d'activité que des indicateurs de processus, type "suivi des avis pharmaceutiques", "suivi des anomalies en chimiothérapie" par exemple ; - l'établissement recueille les indicateurs IPAQSS "Tenue du dossier patient" depuis 2008 ; - le pharmacien réalise annuellement un bilan des contrats de service par le biais d'un tableau de bord d'indicateurs de suivi des objectifs ; - les indicateurs de la SAE sont recueillis chaque année ; - Les événements indésirables sont recensés et suivis.
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>La fiche de signalement des erreurs médicamenteuses est en place depuis 2010. Une procédure sur le circuit de cette fiche ainsi que le règlement intérieur du comité de retour d'expérience (CREX) ont été formalisés et diffusés en 2010. Le signalement peut être réalisé par tout soignant, les signalements sont envoyés à la pharmacie, une analyse préliminaire est réalisée et des actions correctives immédiates sont mises en place ; enfin, une analyse plus approfondie est réalisée en CREX.</p> <p>La traçabilité de ce recueil est réalisée au sein de la pharmacie dans un tableur récapitulatif de l'ensemble des étapes du circuit, envoyé trimestriellement à l'ARS. L'ARS transmet alors un bilan régional du signalement des erreurs médicamenteuses.</p> <p>La pharmacie a également mis en place des fiches de non-conformité sur le circuit des médicaments (autres qu'erreurs médicamenteuses) à disposition des soignants. Un bilan annuel des erreurs médicamenteuses est réalisé et intégré</p>

	Oui	dans le bilan annuel qualité/sécurité des soins porté à la connaissance du COMEDIMS et de la CME.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	En grande partie	Suite à l'évaluation des risques a priori, un plan d'actions spécifique a été établi. Un bilan des actions réalisées est mené ainsi qu'une planification des actions 2013. Ce plan est suivi dans le cadre du PAQ à l'échelle de l'établissement par les pharmaciens. Les analyses des événements indésirables donnent lieu à des actions correctives qui sont inscrites sur le tableau d'enregistrement des événements indésirables. Les actions des audits sont enregistrées dans le plan d'actions qualité. Les actions définies lors des CREX sont suivies lors de la réunion suivante. Des rétro-informations sont réalisées en réunion de cadres, en COMEDIMS et en CME.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Hospitalisation à domicile
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est formalisée dans le projet d'établissement 2013-2017 (partie projet médical, axe "projet pharmacie" et partie projet de soins, axe "optimiser l'organisation des soins") et dans le contrat de bon usage du médicament (2011-2014).
L'établissement a formalisé son manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse contenant la politique qualité en cette matière qui décline l'organisation du circuit du médicament, complété par des procédures. Un plan d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse 2012-2013 est intégré au programme global qualité sécurité des soins, réalisé à partir :

- de la cartographie des risques de la prise en charge médicamenteuse (outil Inter Diag de l'ANAP) ;
- des exigences réglementaires du contrat de bon usage des médicaments et de l'arrêté d'avril 2011 ;
- des actions décidées en CREX (comité de retour d'expérience) suite à l'analyse des fiches de signalement des événements indésirables et des fiches de signalement des erreurs médicamenteuses ;

	Oui	<p>- du bilan des contrats pharmacie/unités de soins.</p> <p>Le pharmacien est identifié comme le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Il a identifié ses médicaments à risques (chimiothérapie, stupéfiants...) et initié une démarche d'identification personnalisée service par service par enquête.</p>
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	<p>Le projet d'informatisation du circuit du médicament a débuté en 2006 par la rédaction d'un cahier des charges. Cette démarche est intégrée au schéma directeur informatique de l'établissement. Le déploiement de l'informatisation de la prescription est effectif depuis 2010. L'accès informatisé à l'ensemble du circuit du médicament informatisé pour les étapes de prescription, analyse pharmaceutique, distribution et gestion des stocks, traçabilité est possible au niveau du siège de l'HAD.</p>
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	<p>Différents outils d'aide à la prescription sont mis à disposition des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un livret thérapeutique soit en ligne, soit sous format papier, réactualisé régulièrement en fonction des marchés. Ce livret thérapeutique peut être accessible dans le dossier au domicile pour les intervenants extérieurs ; - une banque d'information sur les médicaments, disponible pour les médecins coordonnateurs par le biais du logiciel informatique du circuit des médicaments ; - des protocoles de service paramétrés dans le logiciel, notamment pour les médicaments à risques (chimiothérapies, thérapeutiques d'urgence, PCA, stupéfiants, SAP...) ; - un paramétrage d'alertes informatiques pour les prescriptions chez les personnes âgées et pour les dépassements de doses. <p>Cependant, l'ensemble des informations paramétrées dans le logiciel sont accessibles uniquement aux professionnels de l'HAD, le logiciel n'étant pas accessible au domicile ou en consultation par les médecins traitants.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	<p>Les besoins en formation sont recueillis à partir des analyses de risques a priori et des événements indésirables. Les besoins identifiés concernent la prescription informatisée (formation « prescription informatisée » dispensée aux nouveaux internes). L'analyse des risques a priori a été l'occasion d'échanges entre les professionnels des unités, la responsable qualité gestion des risques, et le pharmacien. Ces actions sont organisées conjointement par le pharmacien et le service qualité.</p> <p>Les pharmaciens ont organisé des formations internes en 2013 sur six classes de médicaments (définies selon besoins des unités) à destination des infirmiers, à partir d'un support de formation et d'un calendrier. Cette formation a permis de rappeler le bon usage des médicaments.</p> <p>Une formation sur l'analyse des causes profondes des événements indésirables a été réalisée en mars 2013, pour former 13 personnes pour la mise en oeuvre des CREX et des RMM notamment.</p> <p>La campagne de sensibilisation au signalement des événements indésirables organisée en 2012, ainsi que la semaine de la sécurité ont permis d'aborder le problème des erreurs médicamenteuses.</p> <p>Les pharmaciens transmettent, de façon trimestrielle, le relevé des erreurs médicamenteuses recensées à l'OMEDIT Nord Pas-de-Calais, et participent aux réunions de synthèse qui en découlent.</p>
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Partiellement	<p>L'informatisation de la prescription médicamenteuse a démarré en 2006. Le projet a été déployé dans les unités pour être finalisé en 2010. Le pharmacien est le référent pour le logiciel, le service informatique est également sollicité. Depuis la mise en place du logiciel, des actions correctives et évolutives ont été mises en place.</p> <p>Le logiciel mis en place dans l'établissement n'est accessible qu'aux professionnels de l'HAD au niveau d'un poste fixe informatique au siège. Ce logiciel n'est pas accessible aux prescripteurs extérieurs à domicile ou à leur cabinet, ni aux</p>

	Partiellement	professionnels paramédicaux. Sur le siège, il est utilisé principalement pour la gestion de stock. Les prescriptions sont ressaisies par le pharmacien à partir des ordonnances manuscrites des médecins prescripteurs. L'analyse pharmaceutique est réalisée ainsi qu'une distribution nominative. La traçabilité de l'administration n'est réalisée dans le logiciel que pour les médicaments injectables.
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 quantitatifs et qualitatifs sur la prise en charge médicamenteuse sont suivis : - l'établissement a signé un contrat de bon usage des médicaments avec l'ARS pour la période 2011-2015 et envoie annuellement un rapport d'étape, contenant une centaine d'indicateurs ; - le pharmacien responsable réalise un rapport annuel d'activité de la PUI. Ce rapport contient aussi bien des indicateurs d'activité que des indicateurs de processus, type "suivi des avis pharmaceutiques", "suivi des anomalies en chimiothérapie" par exemple ; - l'établissement recueille les indicateurs IPAQSS "Tenue du dossier patient" depuis 2008 ; - le pharmacien réalise annuellement un bilan des contrats de service par le biais d'un tableau de bord d'indicateurs de suivi des objectifs ; - les indicateurs de la SAE sont recueillis chaque année.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	La fiche de signalement des erreurs médicamenteuses est en place depuis 2010. Une procédure sur le circuit de cette fiche ainsi que le règlement intérieur du comité de retour d'expérience (CREX) ont été formalisés et diffusés en 2010. Le signalement peut être réalisé par tout soignant, les signalements sont envoyés à la pharmacie, une analyse préliminaire est réalisée et des actions correctives immédiates sont mises en place ; enfin, une analyse plus approfondie est réalisée en CREX. La traçabilité de ce recueil est réalisée au sein de la pharmacie dans un tableur récapitulatif de l'ensemble des

	Oui	<p>étapes du circuit, envoyé trimestriellement à l'ARS. L'ARS transmet alors un bilan régional du signalement des erreurs médicamenteuses.</p> <p>La pharmacie a également mis en place des fiches de non-conformité sur le circuit des médicaments (autres qu'erreurs médicamenteuses) à disposition des soignants. Un bilan annuel des erreurs médicamenteuses est réalisé et intégré dans le bilan annuel qualité/sécurité des soins porté à la connaissance du COMEDIMS et de la CME.</p>
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	En grande partie	<p>Suite à l'évaluation des risques a priori, un plan d'actions spécifique a été établi. Un bilan des actions réalisées est mené ainsi qu'une planification des actions 2013. Ce plan est suivi dans le cadre du PAQ à l'échelle de l'établissement par les pharmaciens. Les analyses des événements indésirables donnent lieu à des actions correctives qui sont inscrites sur le tableau d'enregistrement des événements indésirables. Les actions des audits sont enregistrées dans le plan d'actions qualité.</p> <p>Les actions définies lors des CREX sont suivies lors de la réunion suivante. Des rétro-informations sont réalisées en réunion de cadres, en COMEDIMS et en CME.</p>

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a informatisé la prescription pour l'ensemble de ces services. Les règles de prescription sont définies dans une procédure "Circuit du médicament" qui décrit l'organisation de l'établissement pour toutes les étapes de l'informatisation du circuit des médicaments : de la validation pharmaceutique, de la dispensation nominative ou globalisée et de l'administration des médicaments par l'infirmière. Cette procédure se complète de fiches techniques "Utilisation du logiciel, prescription informatisée" et "Impression des ordonnances en cas de panne du logiciel". Les règles de prescription sont intégrées au logiciel. Les prescripteurs disposent d'un code d'accès attribué par le pharmacien gérant des droits, conformément à la procédure « Prescripteurs et supports de prescription, recommandations ». Une liste des prescripteurs est disponible à la pharmacie qui intègre les nouveaux arrivants, les internes et les médecins remplaçants (identifiés avec un seul code). Des contrats ont été signés entre chaque unité de soins et la</p>

	Oui	<p>pharmacie, décrivant les engagements de chacun dans la prise en charge médicamenteuse, y compris la prescription.</p> <p>Les médicaments à risques (antibiotiques, stupéfiants, médicaments dérivés du sang...) bénéficient du même support informatisé. Des règles d'utilisation des prescriptions et des injectables en particulier sont paramétrées dans le logiciel en fonction des protocoles en vigueur et des recommandations de bonne pratique.</p>
<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	En grande partie	<p>Le patient est informé de la nécessité de communiquer son traitement personnel lors des consultations. Il lui est conseillé de rapporter la liste des médicaments en cours et/ou l'ordonnance du médecin traitant.</p> <p>Lors de la consultation d'anesthésie préalable à l'hospitalisation, le recueil du traitement médicamenteux est réalisé à partir du questionnaire d'anesthésie et intégré majoritairement dans le logiciel de prescription. Les observations menées ne montrent pas une exhaustivité de cette intégration. Certains traitements apparaissent sur la fiche de consultation d'anesthésie de manière manuscrite.</p> <p>A l'admission réglée ou en urgence, le recueil du traitement est réalisé selon les sources disponibles (lettre médecin traitant ou médecin adresseur, interrogatoire du patient, ancien dossier, dossier d'anesthésie). Un projet prévoit de créer un lien avec le dossier pharmaceutique de ville, afin d'avoir une information sur les traitements personnels et antérieurs des patients hospitalisés (projet en cours de déploiement).</p> <p>La gestion du traitement personnel apporté par le patient est organisée dans la procédure du circuit du médicament. Le traitement personnel est recueilli à l'admission. Il est mis sous sachet, identifié, conservé dans l'armoire à pharmacie durant le séjour puis remis au patient à la sortie.</p> <p>Lors de l'hospitalisation, prescription, dispensation pharmaceutique et administration des médicaments sont protocolisées.</p> <p>Dans le cadre d'un transfert interne, le dossier suit le patient, les prescriptions sont accessibles via le logiciel. En</p>

	En grande partie	cas de transfert, une fiche de liaison infirmière est établie pour l'établissement receveur avec copie du dernier plan de prescriptions, le compte-rendu d'hospitalisation provisoire ou définitif comporte le traitement médical, une ordonnance est établie en lien avec le traitement personnel pour 43 % des cas (IPAQSS 2011).
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Oui	<p>La procédure sur le circuit des médicaments ainsi que les contrats de service décrivent l'organisation pour l'analyse pharmaceutique et la délivrance des médicaments. L'ensemble des services sont informatisés. Les médecins ont la possibilité d'entrer les données cliniques du patient (poids, taille créatinine, antécédents...) dans le logiciel de prescription. En général, ces données sont entrées pour les patients à risques. Toutes les ordonnances sont analysées par les pharmaciens (avec délivrance d'avis pharmaceutiques : substitution, adaptation posologie, interactions médicamenteuses) en temps réel. Il existe un lien informatique avec le laboratoire d'analyses médicales externe pour accéder aux données biologiques du patient. Des informations sur les conseils d'administration sont paramétrées dans le logiciel. Le pharmacien a la possibilité d'ajouter des conseils pharmaceutiques aux infirmiers ou aux médecins sur l'ordonnance, via le logiciel.</p> <p>La délivrance des médicaments aux services de soins est réalisée à partir d'une délivrance nominative, puis globalisée dans l'armoire de stockage sécurisée. Le service de gynéco-obstétrique dispose d'une dotation globale, validée par le médecin responsable et le pharmacien, et actualisée régulièrement. La composition de cette armoire est affichée. Le rangement et l'étiquetage des médicaments dans les armoires des services sont conformes à la réglementation, les périmés sont vérifiés une fois par an par la pharmacie.</p> <p>L'acheminement des médicaments depuis la pharmacie vers les services de soins est organisé et sécurisé par le biais d'armoires à pharmacie mobiles (préparation en pharmacie et acheminement dans les unités de soins). L'approvisionnement est réalisé au moins deux fois par</p>

	Oui	<p>semaine à période définie. Le préparateur référent du service récupère l'armoire, réalise la commande et le réassort. Les médicaments sont généralement donnés par boîte pleine. Pour les médicaments non unitaires, un système de ré-étiquetage informatisé est mis en place. Les médicaments sécables sont délivrés en comprimé entier, la règle est de jeter la part restante. L'acheminement et le rangement des médicaments et des dispositifs médicaux depuis la pharmacie vers les services de soins sont organisés et assurés par le préparateur référent du service qui vérifie l'adéquation à la commande. Les stupéfiants sont gérés par les infirmiers des services. La chaîne du froid est respectée lors de la distribution (boîtes isothermes).</p> <p>En cas de demande urgente (hors heures ouvrables de la pharmacie), le service se dépanne en premier lieu dans un autre service en assurant l'emprunt sur une fiche de traçabilité ou appelle le pharmacien d'astreinte selon la procédure en vigueur. Le système d'astreinte en place est partagé avec le centre hospitalier voisin.</p> <p>Chaque unité de soins dispose d'un chariot d'urgence, vérifié selon la procédure en vigueur.</p> <p>Les stocks minimaux et maximaux sont paramétrés dans le logiciel de gestion et incrémentés par les prescriptions et l'administration réalisée en temps réel.</p>
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	<p>Il existe des protocoles d'administration des médicaments à risques (par exemple : PCA, chimiothérapie, produits sanguins labiles, antidouleurs...) intégrés dans le logiciel permettant un suivi de la prescription jusqu'à l'administration. Les protocoles médicamenteux ciblent les modalités de préparation et les précautions d'emploi (modalités d'administration, compatibilité avec d'autres médicaments).</p> <p>La procédure sur le circuit des médicaments ainsi que les contrats de service décrivent l'organisation pour l'administration des médicaments.</p> <p>Les services de soins disposent d'une armoire de rangement</p>

<p>Oui</p>	<p>des médicaments mobile. Le rangement des dispositifs médicaux dans les postes de soins et les contrôles des péremptions sont conformes aux bonnes pratiques. Le préparateur en pharmacie référent du service s'assure de la gestion de l'armoire à pharmacie (médicaments et dispositifs médicaux) selon une périodicité définie. Ces armoires sont organisées afin de sécuriser au maximum l'administration : séparation voie orale/voie injectable, ordre alphabétique, séparation des antibiotiques, des stupéfiants, des retours de services et des médicaments "hors dotation". Les périmés sont gérés par les préparateurs en pharmacie. Une procédure est formalisée. Les chariots d'urgence sont vérifiés tous les mois et à chaque utilisation. Le retour à la pharmacie des médicaments non utilisés est organisé. L'entretien des réfrigérateurs à médicaments, de l'armoire à pharmacie et des piluliers ainsi que le contrôle de température du réfrigérateur sont gérés par les unités de soins.</p> <p>En MCO, la préparation des piluliers (tiroirs individuels) est assurée tous les jours par le préparateur référent de l'unité et une IDE à partir des boites de médicaments disponibles dans l'armoire à pharmacie. Une préparation de trois jours est de règle pour le week-end. Ces tiroirs individuels font partie d'un chariot sécurisé stocké en salle de soins, fermée à clé.</p> <p>L'administration des médicaments est assurée par l'infirmier à partir des tiroirs individuels, identifiés au nom du patient (étiquette), au numéro de chambre et vérifiés par double contrôle au moment de la distribution. La vérification de l'identité est facilitée par le port d'un bracelet d'identification. L'infirmier, au moment de la distribution, vérifie la concordance de la composition du pilulier avec la prescription informatisée et/ou le plan de traitement imprimé du patient. La traçabilité de la prise est réalisée en temps réel via le logiciel de prescription/administration informatisé. La non prise est signalée dans le dossier.</p> <p>Pour les médicaments non identifiables, un système de ré-étiquetage informatisé est mis en place, géré par la</p>
------------	---

	Oui	pharmacie lors de la préparation des armoires de médicaments. Les médicaments sécables sont préparés en comprimé entier, la règle étant d'éliminer la part restante sur vérification de la prescription.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	En grande partie	Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » et de sa valeur de 61 % pour la campagne 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique est réalisée pour l'ensemble des prescriptions informatisées. En cas d'anomalie, le pharmacien contacte le prescripteur par téléphone. Le pharmacien peut substituer un médicament dans la prescription informatisée ; une mention de la modification est visible par le prescripteur et le soignant qui administre le médicament. Le pharmacien a la possibilité d'ajouter des conseils pharmaceutiques aux infirmiers ou aux médecins sur l'ordonnance, via le logiciel. La délivrance des médicaments est nominative et journalière pour l'ensemble des unités de soins hors gynécologie-obstétrique qui est en dispensation reglobalisée. Les médicaments sont livrés en boîtes pleines, une boîte pouvant servir pour plusieurs patients, la mise à disposition des médicaments est calculée par le logiciel en nombre de comprimés, décomptés lors de la traçabilité de l'administration ou d'une nouvelle commande.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Les bonnes pratiques de préparation et de reconstitution des traitements anticancéreux sont définies dans différents protocoles regroupés dans un classeur spécifique. La préparation des traitements est réalisée dans une zone sécurisée, zone petite mais conforme aux recommandations de bonne pratique et sous la responsabilité d'un pharmacien. L'unité de reconstitution des cytostatiques a obtenu un avis favorable de l'inspection de la pharmacie.

<p>Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels informent les patients sur la prescription d'un médicament qui pourrait générer des effets secondaires. En 2012, une liste des familles de médicaments sur lesquels il faudrait en priorité réaliser une information, a été définie entre les pharmaciens et les soignants. Des supports d'information à destination des patients sur ces familles ont été réalisés par la pharmacie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - triptyque anticoagulant ; - triptyque anxiolytiques, benzodiazépines ; - triptyque médicaments utilisés en neurologie ; - fiche d'information concernant les morphiniques. <p>En addictologie, des groupes "info alcool" sont organisés avec les patients et permettent de relayer des informations sur les médicaments. Une fiche d'information sur les traitements en addictologie a été rédigée et sera remise aux patients. Lors des séances d'éducation thérapeutique des patients en diabétologie, des informations sur les médicaments sont également communiquées. La traçabilité de cette information est retrouvée dans le dossier.</p>
<p>La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.</p>	<p>Oui</p>	<p>La traçabilité de l'administration des médicaments est réalisée en temps réel par l'infirmière responsable de cette administration, dans le dossier patient informatisé au regard des prescriptions papier persistantes (prémédications par exemple).</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le service pharmacie audite régulièrement le circuit du médicament dans le cadre du suivi des engagements pris dans le CBUM et dans le plan qualité et risques "médicaments". L'établissement a participé à deux audits croisés interétablissements sur la prise en charge médicamenteuse, organisés par le Réseau santé qualité (RSQ) et l'OMEDIT Nord Pas-de-Calais en 2010 et en 2012. Les audits portaient sur le management de la prise en charge médicamenteuse en général, puis sur l'évaluation des pratiques à toutes les</p>

	Oui	<p>étapes du circuit des médicaments (prescription, dispensation, administration) dans les unités de soins (médecine et chirurgie en 2010 ; chirurgie et gynéco-obstétrique en 2012).</p> <p>En 2011, l'établissement a réalisé un audit sur l'administration des médicaments dans tous les services. La pharmacie organise des contrôles périodiques appelés "visite de service" sur les armoires à pharmacie et le stockage des produits pharmaceutiques.</p> <p>En juin 2012, un audit sur la prise en charge médicamenteuse a été réalisé spécifiquement en HAD.</p> <p>Plusieurs EPP sont également menées dans le cadre de la pertinence des prescriptions. Les actions d'amélioration en découlant sont identifiées et leurs mises en oeuvre programmées.</p>
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	<p>Le service pharmacie diffuse les recommandations de bonne pratique. Le COMEDIMS est un lieu d'échanges et de réflexion sur l'analyse bénéfice-risque des médicaments nouveaux ou innovants ; il valide le livret thérapeutique de l'établissement et les protocoles établis. Le COMEDIMS réalise un bilan annuel d'activité (comprenant le bilan des avis pharmaceutiques depuis 2013). Il est diffusé à l'ensemble des médecins.</p> <p>Les audits, les EPP, l'analyse de risques menés débouchent sur la définition d'actions d'amélioration traduites dans un plan d'actions, intégrées dans le plan et le bilan à l'échelle de l'établissement.</p>

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a informatisé la prescription pour l'ensemble de ces services. Les règles de prescription sont définies dans une procédure "Circuit du médicament" qui décrit l'organisation de l'établissement pour toutes les étapes de l'informatisation du circuit des médicaments : de la validation pharmaceutique, de la dispensation nominative ou globalisée et de l'administration des médicaments par l'infirmière. Cette procédure se complète de fiches techniques "Utilisation du logiciel, prescription informatisée" et "Impression des ordonnances en cas de panne du logiciel". Les règles de prescription sont intégrées au logiciel. Les prescripteurs disposent d'un code d'accès attribué par le pharmacien gérant des droits, conformément à la procédure « Prescripteurs et supports de prescription, recommandations ». Une liste des prescripteurs est disponible à la pharmacie qui intègre les nouveaux arrivants, les internes et les médecins remplaçants (identifiés avec un seul code). Des contrats ont été signés entre chaque unité de soins et la

	Oui	<p>pharmacie, décrivant les engagements de chacun dans la prise en charge médicamenteuse, y compris la prescription.</p> <p>Les médicaments à risques (antibiotiques, stupéfiants, médicaments dérivés du sang...) bénéficient du même support informatisé. Des règles d'utilisation des prescriptions et des injectables en particulier sont paramétrées dans le logiciel en fonction des protocoles en vigueur et des recommandations de bonne pratique.</p>
<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	En grande partie	<p>Le patient est informé de la nécessité de communiquer son traitement personnel lors des consultations. Il lui est conseillé de rapporter la liste des médicaments en cours et/ou l'ordonnance du médecin traitant.</p> <p>Lors de la consultation d'anesthésie préalable à l'hospitalisation, le recueil du traitement médicamenteux est réalisé à partir du questionnaire d'anesthésie et intégré majoritairement dans le logiciel de prescription.</p> <p>A l'admission réglée ou en urgence, le recueil du traitement est réalisé selon les sources disponibles (lettre médecin traitant ou médecin adresseur, interrogatoire du patient, ancien dossier, dossier d'anesthésie). Un projet prévoit de créer un lien avec le dossier pharmaceutique de ville, afin d'avoir une information sur les traitements personnels et antérieurs des patients hospitalisés (projet en cours de déploiement).</p> <p>La gestion du traitement personnel apporté par le patient est organisée dans la procédure du circuit du médicament. Le traitement personnel est recueilli à l'admission. Il est mis sous sachet, identifié, conservé dans l'armoire à pharmacie durant le séjour puis remis au patient à la sortie.</p> <p>Lors de l'hospitalisation, prescription, dispensation pharmaceutique et administration des médicaments sont protocolisées.</p> <p>Dans le cadre d'un transfert interne, le dossier suit le patient, les prescriptions sont accessibles via le logiciel. En cas de transfert, une fiche de liaison infirmière est établie pour l'établissement receveur avec copie du dernier plan de prescriptions, le compte-rendu d'hospitalisation provisoire</p>

	En grande partie	ou définitif, une ordonnance est établie en lien avec le traitement personnel pour l'ensemble des dossiers mais les ordonnances comportent majoritairement des non-conformités (IPAQSS 2011).
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Oui	<p>La procédure sur le circuit des médicaments ainsi que les contrats de service décrivent l'organisation pour l'analyse pharmaceutique et la délivrance des médicaments. L'ensemble des services sont informatisés. Les médecins ont la possibilité d'entrer les données cliniques du patient (poids, taille créatinine, antécédents...) dans le logiciel de prescription. En général, ces données sont entrées pour les patients à risques. Toutes les ordonnances sont analysées par les pharmaciens (avec délivrance d'avis pharmaceutiques : substitution, adaptation posologie, interactions médicamenteuses) en temps réel. Il existe un lien informatique avec le laboratoire d'analyses médicales externe pour accéder aux données biologiques du patient. Des informations sur les conseils d'administration sont paramétrées dans le logiciel. Le pharmacien a la possibilité d'ajouter des conseils pharmaceutiques aux infirmiers ou aux médecins sur l'ordonnance, via le logiciel.</p> <p>La délivrance des médicaments aux services de soins est réalisée à partir d'une délivrance nominative, puis globalisée dans l'armoire de stockage sécurisée. Le rangement et l'étiquetage des médicaments dans les armoires des services sont conformes à la réglementation, les périmés sont vérifiés une fois par an par la pharmacie.</p> <p>L'acheminement des médicaments depuis la pharmacie vers les services de soins est organisé et sécurisé par le biais d'armoires à pharmacie mobiles (préparation en pharmacie et acheminement dans les unités de soins). L'approvisionnement est réalisé au moins deux fois par semaine à période définie. Le préparateur référent du service récupère l'armoire, réalise la commande et le réassort. Les médicaments sont généralement donnés par boîte pleine. Pour les médicaments non unitaires, un système de ré-étiquetage informatisé est mis en place. Les médicaments</p>

	Oui	<p>sécables sont délivrés en comprimé entier, la règle est de jeter la part restante.</p> <p>L'acheminement et le rangement des médicaments et des dispositifs médicaux depuis la pharmacie vers les services de soins sont organisés et assurés par le préparateur référent du service qui vérifie l'adéquation à la commande. Les stupéfiants sont gérés par les infirmiers des services. La chaîne du froid est respectée lors de la distribution (boîtes isothermes).</p> <p>En cas de demande urgente (hors heures ouvrables de la pharmacie), le service se dépanne en premier lieu dans un autre service en assurant l'emprunt sur une fiche de traçabilité ou appelle le pharmacien d'astreinte selon la procédure en vigueur. Le système d'astreinte en place est partagé avec le centre hospitalier voisin.</p> <p>Chaque unité de soins dispose d'un chariot d'urgence, vérifié selon la procédure en vigueur.</p> <p>Les stocks minimaux et maximaux sont paramétrés dans le logiciel de gestion et incrémentés par les prescriptions et l'administration réalisée en temps réel.</p>
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	<p>Il existe des protocoles d'administration des médicaments à risques (par exemple : PCA, chimiothérapie, produits sanguins labiles, antidouleurs...) intégrés dans le logiciel permettant un suivi de la prescription jusqu'à l'administration. Les protocoles médicamenteux ciblent les modalités de préparation et les précautions d'emploi (modalités d'administration, compatibilité avec d'autres médicaments).</p> <p>La procédure sur le circuit des médicaments ainsi que les contrats de service décrivent l'organisation pour l'administration des médicaments.</p> <p>Les services de soins disposent d'une armoire de rangement des médicaments mobile. Le rangement des dispositifs médicaux dans les postes de soins et les contrôles des péremptions sont conformes aux bonnes pratiques. Le préparateur en pharmacie référent du service s'assure de la gestion de l'armoire à pharmacie (médicaments et dispositifs</p>

Oui		<p>médicaux) selon une périodicité définie. Ces armoires sont organisées afin de sécuriser au maximum l'administration : séparation voie orale/voie injectable, ordre alphabétique, séparation des antibiotiques, des stupéfiants, des retours de services et des médicaments "hors dotation". Les périmés sont gérés par les préparateurs en pharmacie. Une procédure est formalisée. Les chariots d'urgence sont vérifiés tous les mois et à chaque utilisation. Le retour à la pharmacie des médicaments non utilisés est organisé. L'entretien des réfrigérateurs à médicaments, de l'armoire à pharmacie et des piluliers ainsi que le contrôle de température du réfrigérateur sont gérés par les unités de soins. En SSR, la préparation des piluliers (tiroirs individuels) est assurée la nuit par une IDE à partir des boîtes de médicaments disponibles dans l'armoire à pharmacie. Une préparation de trois jours est de règle pour le week-end. Ces tiroirs individuels font partie d'un chariot sécurisé stocké en salle de soins, fermée à clé. L'administration des médicaments est assurée par l'infirmier à partir des tiroirs individuels, identifiés au nom du patient (étiquette), au numéro de chambre et vérifiés par double contrôle au moment de la distribution. La vérification de l'identité est facilitée par le port d'un bracelet d'identification. L'infirmier, au moment de la distribution, vérifie la concordance de la composition du pilulier avec la prescription informatisée et/ou le plan de traitement imprimé du patient. La traçabilité de la prise est réalisée en temps réel via le logiciel de prescription/administration informatisé. La non prise est signalée dans le dossier. Pour les médicaments non identifiables, un système de ré-étiquetage informatisé est mis en place, géré par la pharmacie lors de la préparation des armoires de médicaments. Les médicaments sécables sont préparés en comprimé entier, la règle étant d'éliminer la part restante sur vérification de la prescription.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	En grande partie	Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » et de sa valeur de 61 % pour la campagne 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	L'analyse pharmaceutique est réalisée pour l'ensemble des prescriptions informatisées. En cas d'anomalie, le pharmacien contacte le prescripteur par téléphone. Le pharmacien peut substituer un médicament dans la prescription informatisée ; une mention de la modification est visible par le prescripteur et le soignant qui administre le médicament. Le pharmacien a la possibilité d'ajouter des conseils pharmaceutiques aux infirmiers ou aux médecins sur l'ordonnance, via le logiciel. La délivrance des médicaments est nominative et journalière pour l'ensemble des unités de soins hors gynécologie-obstétrique qui est en dispensation reglobalisée. Les médicaments sont livrés en boîtes pleines, une boîte pouvant servir pour plusieurs patients, la mise à disposition des médicaments est calculée par le logiciel en nombre de comprimés, décomptés lors de la traçabilité de l'administration ou d'une nouvelle commande.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	Les professionnels informent les patients sur la prescription d'un médicament qui pourrait générer des effets secondaires. En 2012, une liste des familles de médicaments sur lesquels il faudrait en priorité réaliser une information, a été définie entre les pharmaciens et les soignants. Des supports d'information à destination des patients sur ces familles ont été réalisés par la pharmacie : - triptyque anticoagulant ; - triptyque anxiolytiques, benzodiazépines ; - triptyque médicaments utilisés en neurologie ;

	Oui	- fiche d'information concernant les morphiniques. Un formulaire est en cours d'élaboration pour informer le patient sur les modalités de prise des médicaments et les conseils hygiéno-diététiques.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments est réalisée en temps réel par l'infirmière responsable de cette administration, dans le dossier patient informatisé.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Le service pharmacie audite régulièrement le circuit du médicament dans le cadre du suivi des engagements pris dans le CBUM et dans le plan qualité et risques "médicaments". L'établissement a participé à deux audits croisés interétablissements sur la prise en charge médicamenteuse, organisés par le Réseau santé qualité (RSQ) et l'OMEDIT Nord Pas-de-Calais en 2010 et en 2012. Les audits portaient sur le management de la prise en charge médicamenteuse en général, puis sur l'évaluation des pratiques à toutes les étapes du circuit des médicaments (prescription, dispensation, administration) dans les unités de soins (médecine et chirurgie en 2010 ; chirurgie et gynéco-obstétrique en 2012). En 2011, l'établissement a réalisé un audit sur l'administration des médicaments dans tous les services. La pharmacie organise des contrôles périodiques appelés "visite de service" sur les armoires à pharmacie et le stockage des produits pharmaceutiques. En juin 2012, un audit sur la prise en charge médicamenteuse a été réalisé spécifiquement en HAD. Plusieurs EPP sont également menées dans le cadre de la pertinence des prescriptions. Les actions d'amélioration en découlant sont identifiées et leurs mises en oeuvre programmées.

<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Le service pharmacie diffuse les recommandations de bonne pratique. Le COMEDIMS est un lieu d'échanges et de réflexion sur l'analyse bénéfice-risque des médicaments nouveaux ou innovants ; il valide le livret thérapeutique de l'établissement et les protocoles établis. Le COMEDIMS réalise un bilan annuel d'activité (comprenant le bilan des avis pharmaceutiques depuis 2013). Il est diffusé à l'ensemble des médecins.</p> <p>Les audits, les EPP, l'analyse de risques menés débouchent sur la définition d'actions d'amélioration traduites dans un plan d'actions, intégrées dans le plan et le bilan à l'échelle de l'établissement.</p>
--	------------	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Hospitalisation à domicile
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Tous les médecins généralistes sont autorisés à prescrire à partir de la prise en charge du patient en HAD et après avoir signé leur engagement de partenariat avec l'HAD. Les prescriptions initiales des cliniques ou de l'hôpital sont appliquées puis revues par le médecin traitant en cours de prise en charge. Les médecins spécialistes sont également habilités à prescrire dans le cadre de maladies chroniques notamment. Le médecin coordonnateur est habilité à prescrire dans des situations préalablement définies par les textes régissant l'HAD.

Actuellement, les prescriptions des médecins sont réalisées à partir de leur propre ordonnancier, hormis pour le médecin coordonnateur qui a la possibilité de prescrire directement dans le logiciel utilisé dans l'établissement accessible uniquement au siège de l'HAD. De ce fait, il n'existe pas de support unique de prescription/administration en HAD accessible à tous. Une organisation est en place pour "récupérer" rapidement les prescriptions émises au domicile, saisies ensuite par le pharmacien de la PUI de l'établissement dans le logiciel

	En grande partie	<p>commun à l'établissement. Chaque saisie informatique est suivie de l'impression d'un plan de traitement journalier, joint à l'ordonnance initiale, mis à disposition dans le dossier "domicile" du patient et actualisé à chaque modification. Toute cette organisation est formalisée.</p> <p>Les médicaments à risques (antibiotiques, stupéfiants, médicaments dérivés du sang...) bénéficient du même mode de prescription. Des règles d'utilisation des prescriptions et des injectables en particulier sont paramétrées dans le logiciel en fonction des protocoles en vigueur et des recommandations de bonne pratique. Ces règles sont accessibles sur le plan de traitement imprimé.</p>
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	<p>Le patient est informé par l'IDE de coordination lors de la visite de pré-admission de la prise en charge par l'HAD de l'ensemble de son traitement incluant le traitement personnel.</p> <p>Lors de la pré-admission et au plus tard à l'admission réglée ou en urgence, le recueil du traitement est réalisé selon les sources disponibles (lettre médecin traitant ou médecin adresseur, interrogatoire du patient, ancien dossier, trajectoire). Un projet prévoit de créer un lien avec le dossier pharmaceutique de ville, afin d'avoir une information sur les traitements personnels et antérieurs des patients hospitalisés (projet en cours de déploiement). Le médecin traitant prescrit le traitement du patient incluant le traitement personnel à son arrivée à domicile et en relais avec les prescriptions hospitalières. A domicile, les médicaments en possession du patient sont mis de côté.</p> <p>L'ensemble du traitement est fourni par l'HAD.</p> <p>L'établissement s'organise pour recueillir les ordonnances lors de la pré-admission ou au plus tard le jour de l'admission, qui sont communiquées au service pharmacie. Cette organisation permet à la pharmacie de préparer et de réapprovisionner les médicaments nécessaires à la continuité du traitement. L'original de l'ordonnance est conservé au domicile du patient, un double dans le dossier structure et un autre à la pharmacie.</p>

	Oui	<p>Dans le cadre d'un transfert interne (centre hospitalier), le dossier suit le patient, les prescriptions sont accessibles via le logiciel. En cas de transfert, une fiche de liaison infirmière est établie pour l'établissement receveur avec copie de la dernière fiche imprimée de prescriptions. Les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son admission. Cette organisation est formalisée.</p>
<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	Oui	<p>L'établissement a formalisé la sécurisation de la dispensation des médicaments en HAD. La pharmacie est destinataire de toutes les ordonnances et les intègre dans le logiciel. Toutes les ordonnances sont analysées par les pharmaciens (avec délivrance d'avis pharmaceutiques : substitution, adaptation posologie, interactions médicamenteuses) en temps réel. Il existe un lien informatique avec le laboratoire d'analyses médicales externe pour accéder aux données biologiques du patient. Des informations sur les conseils d'administration sont paramétrées dans le logiciel. Le pharmacien a la possibilité d'ajouter des conseils pharmaceutiques aux infirmiers sur le plan de traitement, via le logiciel.</p> <p>Les médicaments des patients sont délivrés nominativement et pour une durée de traitement de sept jours. Les traitements sont préparés à la pharmacie par un préparateur référent puis rangés dans des boîtes scellées au nom du patient. L'acheminement des médicaments depuis la pharmacie vers le domicile du patient est organisé et sécurisé. C'est l'infirmier qui se charge du transport depuis la pharmacie vers l'HAD puis vers le domicile.</p> <p>L'approvisionnement est réalisé une fois par semaine à période définie. Le préparateur référent du service récupère la boîte de rangement, réalise la commande et le réassort des piluliers. Les médicaments si besoin sont conservés en boîte pleine. Pour les médicaments non unitaires, un système de ré-étiquetage informatisé est mis en place. Les médicaments sécables sont délivrés en comprimé entier, la règle est de jeter la part restante. Au domicile, les</p>

	Oui	<p>médicaments sont stockés dans la même boîte de rangement, les stupéfiants conservés dans leur coffre à code de transport. La chaîne du froid est respectée lors de la distribution (boîtes isothermes).</p> <p>En cas de demande urgente (hors heures ouvrables de la pharmacie), l'HAD peut se dépanner en premier lieu dans le service de médecine du centre hospitalier en assurant l'emprunt sur une fiche de traçabilité ou appeler le pharmacien d'astreinte selon la procédure en vigueur. Le système d'astreinte en place est partagé avec le centre hospitalier voisin. Un recours à une pharmacie d'officine est également possible.</p> <p>Les stocks minimaux et maximaux sont paramétrés dans le logiciel de gestion et incrémentés par la saisie des ordonnances par le pharmacien et la traçabilité de l'administration réalisée une fois par semaine pour les traitements per os, au jour le jour pour les injectables.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	En grande partie	<p>Il existe des protocoles d'administration des médicaments à risques (par exemple : PCA, chimiothérapie, produits sanguins labiles, antidouleurs...) intégrés dans le logiciel permettant un suivi de la prescription jusqu'à l'administration. Les protocoles médicamenteux ciblent les modalités de préparation et les précautions d'emploi (modalités d'administration, compatibilité avec d'autres médicaments).</p> <p>La procédure sur le circuit des médicaments ainsi que les contrats de service décrivent l'organisation pour l'administration des médicaments.</p> <p>Le service HAD dispose de locaux lui permettant de stocker quelques dispositifs médicaux. Le rangement des dispositifs médicaux et les contrôles des péremptions sont conformes aux bonnes pratiques. Les périmés sont gérés par les professionnels. Une procédure est formalisée.</p> <p>Le préparateur en pharmacie référent du service réalise toutes les semaines la préparation des piluliers hebdomadaires et des médicaments injectables nécessaires à la prise en charge du patient, livrés ensuite au domicile du</p>

	En grande partie	<p>patient par les professionnels, dans des contenants sécurisés. Pour les médicaments non identifiables, un système de ré-étiquetage informatisé est mis en place, géré par la pharmacie lors de la préparation des armoires de médicaments. Les médicaments sécables sont préparés en comprimé entier, la règle étant d'éliminer la part restante sur vérification de la prescription. Les médicaments « si besoin » sont laissés à disposition des patients. L'administration des médicaments au patient est réalisée soit par l'infirmier soit, le plus souvent, par l'entourage ou le patient. Cette information est tracée dans le dossier. Chaque pilulier est accompagné d'un plan de traitement papier qui comprend des conseils d'utilisation. Ce plan de traitement ne permet pas d'assurer une traçabilité régulière des prises médicamenteuses. La réalisation de traitements injectables est tracée a posteriori (retour au siège) par l'IDE de l'HAD dans le logiciel. Les prises journalières des médicaments ne sont pas tracées que ce soit par le patient, les professionnels libéraux ou de l'HAD. Une validation empirique hebdomadaire est réalisée au siège pour relancer la gestion des stocks. Le logiciel n'est pas accessible au domicile du patient. Les non prises sont recherchées par les professionnels.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	En grande partie	<p>Les non-conformités sont identifiées par le pharmacien lors de la saisie des ordonnances manuscrites dans le logiciel institutionnel. L'établissement a obtenu 87 % de conformité en 2011 sur le critère "prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge présentes ou absence de traitement tracée". En dehors de ce relevé, l'établissement n'a pas objectivé la bonne application des règles de prescription. Les règles de prescription sur les injectables sont mises en oeuvre. L'impression informatisée des prescriptions tient compte des protocoles en place dans l'établissement.</p>

<p>Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'analyse pharmaceutique est réalisée pour l'ensemble des prescriptions ressaisies par le pharmacien. En cas d'anomalie, le pharmacien contacte le prescripteur par téléphone. Le pharmacien peut substituer un médicament dans la prescription informatisée ; une mention de la modification est visible par le prescripteur, le soignant et le patient sur le plan de traitement imprimé. Le pharmacien a la possibilité d'y ajouter des conseils pharmaceutiques. La délivrance des médicaments est nominative et hebdomadaire pour l'ensemble des patients.</p>
<p>Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Les bonnes pratiques de préparation et de reconstitution des traitements anticancéreux sont définies dans différents protocoles regroupés dans un classeur spécifique. La préparation des traitements est réalisée dans une zone sécurisée de la pharmacie de l'établissement, zone petite mais conforme aux recommandations de bonne pratique, sous la responsabilité d'un pharmacien. L'unité de reconstitution des cytostatiques a obtenu un avis favorable de l'inspection de la pharmacie. Le transport de la zone de reconstitution vers le domicile est assuré par les professionnels de l'HAD conformément aux recommandations de bonne pratique (OK chimio, container isotherme).</p>
<p>Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels informent les patients sur la prescription d'un médicament qui pourrait générer des effets secondaires. En 2012, une liste des familles de médicaments sur lesquels il faudrait en priorité réaliser une information, a été définie entre les pharmaciens et les soignants. Des supports d'information à destination des patients sur ces familles ont été réalisés par la pharmacie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - triptyque anticoagulant ; - triptyque anxiolytiques, benzodiazépines ; - triptyque médicaments utilisés en neurologie ; - fiche d'information concernant les morphiniques.

	Oui	Pour les patients insuffisants cardiaques pris en charge dans le cadre d'une démarche éducative, des informations sur leurs médicaments leur sont communiquées par le biais de leur programme d'éducation.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	La traçabilité de l'administration des médicaments injectables est réalisée a posteriori dans le logiciel accessible au siège. En dehors de cet enregistrement, la traçabilité journalière de l'administration des médicaments dans le dossier du patient n'est pas assurée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	<p>Le service pharmacie audite régulièrement le circuit du médicament dans le cadre du suivi des engagements pris dans le CBUM et dans le plan qualité et risques "médicaments". L'établissement a participé à deux audits croisés interétablissements sur la prise en charge médicamenteuse, organisés par le Réseau santé qualité (RSQ) et l'OMEDIT Nord Pas-de-Calais en 2010 et en 2012. Les audits portaient sur le management de la prise en charge médicamenteuse en général, puis sur l'évaluation des pratiques à toutes les étapes du circuit des médicaments (prescription, dispensation, administration) dans les unités de soins (médecine et chirurgie en 2010 ; chirurgie et gynéco-obstétrique en 2012).</p> <p>En 2011, l'établissement a réalisé un audit sur l'administration des médicaments dans tous les services. La pharmacie organise des contrôles périodiques appelés "visite de service" sur les armoires à pharmacie et le stockage des produits pharmaceutiques.</p> <p>En juin 2012, un audit sur la prise en charge médicamenteuse a été réalisé spécifiquement en HAD.</p> <p>Plusieurs EPP sont également menées dans le cadre de la pertinence des prescriptions. Les actions d'amélioration en découlant sont identifiées et leurs mises en oeuvre programmées.</p>

<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Le service pharmacie diffuse les recommandations de bonne pratique. Le COMEDIMS est un lieu d'échanges et de réflexion sur l'analyse bénéfice-risque des médicaments nouveaux ou innovants ; il valide le livret thérapeutique de l'établissement et les protocoles établis. Le COMEDIMS réalise un bilan annuel d'activité (comprenant le bilan des avis pharmaceutiques depuis 2013). Il est diffusé à l'ensemble des médecins.</p> <p>Les audits, les EPP, l'analyse de risques menés débouchent sur la définition d'actions d'amélioration traduites dans un plan d'actions, intégrées dans le plan et le bilan à l'échelle de l'établissement.</p>
--	------------	--

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.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.	Oui		
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	En grande partie		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

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

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		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.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.	Oui		
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	En grande partie		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.b - Hospitalisation à domicile 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.	En grande partie		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.	En grande partie		
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

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

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		
B		
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.	En grande partie	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.	En grande partie	
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 oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière portée aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

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

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

Cotation		
B		
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.	En grande partie	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.	En grande partie	
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 oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière portée aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

Critère 21.a - Hospitalisation à domicile

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

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomocytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.	Oui	
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 oeuvre.	En grande partie	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière portée aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

Cotation	NA	
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 oeuvre, 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 la 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 oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	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 la 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 oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

Critère 22.a - Hospitalisation à domicile 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).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à la disposition des professionnels.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière 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		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité en imagerie.	En grande partie	

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

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

En grande partie

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

En grande partie

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

En grande partie

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

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

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 oeuvre un programme d'ETP).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en oeuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

Référence 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.	En grande partie	
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.	En grande partie	
Une coordination avec les professionnels extra-hospitaliers et les réseaux est organisée.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en oeuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en oeuvre de programme autorisé, il lui est demandé de	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 oeuvre un programme d'ETP).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en oeuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

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

Critère 23.a - Hospitalisation à domicile Education thérapeutique du patient

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

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.	Partiellement	
L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques, et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en oeuvre un programme d'ETP).	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en oeuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

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.

En grande partie

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 61 % avec un intervalle de confiance de 95 % = [51 % - 72 %] 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 oeuvre d'autre modalité d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

Référence 24: La sortie du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 20 % avec un intervalle de confiance de 95 % = [11 % - 29 %] 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 oeuvre d'autre modalité d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Hospitalisation à domicile 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.

En grande partie

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

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.

En grande partie

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 9 % avec un intervalle de confiance de 95 % = [1 % - 16 %] 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 oeuvre d'autre modalité d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée, et connue des acteurs du territoire de santé.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'organisation du service des urgences est formalisée dans le projet d'établissement et dans le projet de pôle. Le système d'admission des patients à partir des urgences est structuré, les modalités d'accueil des populations vulnérables sont définies. Une convention de partenariat est en place avec le centre hospitalier d'Armentières, le pool des médecins est commun et multi-site. Il existe des coopérations et des partenariats au sein du réseau des urgences. Le système d'information permet l'échange d'informations : télétransmission d'imagerie dans le cadre d'une fédération d'imagerie régionale, télétransmission des clichés de scanner au CHR pour la neurochirurgie. Cependant, l'établissement n'a pas mis en place de commission des urgences permettant d'organiser la prise en charge des patients entre les urgences et les unités d'aval interne.</p>

Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.	Oui	Les filières de prise en charge sont formalisées dans un tableau récapitulatif, à disposition des médecins urgentistes. Le recours aux avis spécialisés est organisé en interne (praticiens de l'établissement), et les filières de prises en charge externes sont identifiées et conventionnées. Il existe plusieurs conventions avec les établissements de santé voisins pour les filières neuro-vasculaires, l'orthopédie, la radiologie, la psychiatrie et les centres de référence pour certaines pathologies aiguës.
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.).	Partiellement	Les principaux circuits identifiés concernent la prise en charge des patients couchés/debout et les urgences vitales. Un accès direct au bloc opératoire est possible 24 h/24, ainsi que l'accès en salles d'accouchement. Il existe également une filière pour les AVC. Des prises en charge spécifiques sont en place pour la pédiatrie, la gériatrie, la psychiatrie. L'accès à la radiologie et au laboratoire est organisé. Le degré d'urgence est évalué par le professionnel d'accueil, personnel administratif le jour, veilleur la nuit et l'équipe soignante. En fonction des pathologies, les patients sont installés dans des locaux adéquats polyvalents. Cependant, cette organisation est définie sans être formalisée. De plus, l'établissement n'a pas mis en place d'accueil direct infirmier reposant sur du personnel formé.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	En grande partie	Une organisation ainsi qu'une procédure sont en place afin de procéder à deux relevés par jour à heures fixes des lits disponibles en médecine et en chirurgie. Il existe une procédure de gestion des lits en cas d'afflux massif aux urgences. L'analyse de la disponibilité de lits d'aval est effectuée, par l'agent administratif des urgences le jour (9h30) par appel téléphonique aux différents services et par le veilleur la nuit (milieu de nuit) sur déplacement dans les unités. Toutefois, l'établissement ne dispose pas de système d'information permettant de connaître la disponibilité des

	En grande partie	lits en temps réel.
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	Oui	Au-delà de leur formation initiale, les professionnels s'inscrivent dans des formations institutionnelles à l'accueil et à l'orientation des patients. Plusieurs formations spécifiques sont menées régulièrement : accueil physique et téléphonique, gestion des situations de violence et d'agressivité, formations aux gestes d'urgence, bientraitance et maltraitance.
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).	Oui	L'admission directe est assurée 24 h/24 par la présence effective d'un praticien aux urgences qui assure les soins non programmés en faisant appel aux praticiens internes si besoin. En parallèle, une astreinte est en place pour chaque médecin senior et spécialité. Pour certaines spécialités (orthopédie par exemple), l'activité chirurgicale est assurée conjointement avec le CH voisin, les patients devant bénéficier d'une intervention sont transférés en fonction des conventions signées et de leur degré d'urgence. Une astreinte opérationnelle est en place pour les professionnels du bloc opératoire pour y permettre un accès 24 h/24 en cas de besoin. Il existe une prise en charge directe en obstétrique pour les femmes enceintes se présentant aux urgences.
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.	En grande partie	Une traçabilité de l'heure d'enregistrement (admission), de l'heure de prise en charge paramédicale et médicale est assurée sur un registre spécifique. Le temps moyen d'attente est calculé et régulièrement suivi. Des indicateurs sont recueillis et analysés mensuellement depuis 2010 : catégories d'âge, suivi des temps d'attente (arrivée, prise en charge, sortie), suivi des modes d'arrivée, suivi des modes de sortie.

	En grande partie	Cependant, ce relevé n'intègre pas le suivi du degré d'urgence. De plus, l'établissement n'a pas mis en place de moyen d'informer le patient sur son délai d'attente.
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	En grande partie	L'établissement a formalisé le recueil et l'analyse des dysfonctionnements liés à la prise en charge des urgences et des soins non programmés. Les événements indésirables sont recueillis au travers des FEI traitées en temps réel, des fiches de non-conformités (logistique, laboratoire, transport) et des rapports médicaux élaborés suite à des problèmes de prise en charge, des plaintes de patients. Les dysfonctionnements sont systématiquement analysés par le chef de service et le cadre des urgences et font l'objet de mesures correctives. Cependant, l'établissement n'a pas mis en place de revue de morbi-mortalité au niveau des urgences.
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en oeuvre.	Oui	Les propositions d'amélioration sont prises en compte et étudiées avec les professionnels de l'équipe, et le suivi est assuré par le gestionnaire des risques. Elles sont mises en oeuvre au regard de la situation financière de l'établissement. Le projet d'unité 2013-2017 intègre un volet "qualité/gestion des risques" et des actions d'amélioration. Le service est engagé dans des démarches EPP ("Pertinence des bilans biologiques en urgence", "Prise en charge de l'AVC", "Evaluation de la tenue du chariot d'urgence"), et des actions d'amélioration sont engagées. La CRUQPC est informée des actions d'amélioration mises en place aux 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	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les procédures en place définissent l'organisation pour chaque type de prise en charge : ambulatoire, au bloc opératoire, en urgence. Les processus interventionnels depuis l'arrivée du patient jusqu'à sa sortie de salle de réveil et les processus supports sont identifiés. Ils se déclinent dans différents protocoles, les organisations induites en termes de matériel, circuit, accès, activité, ressources humaines sont également définies, les fiches de poste décrivent pour chaque fonction les missions attendues. Un groupe de travail, formé en interne à la cartographie des risques, a été lancé en juin 2012. Ce groupe a réalisé la cartographie des risques du bloc opératoire, hiérarchisé les risques selon l'échelle validée de fréquence, de gravité et de maîtrise du risque, défini un plan d'actions avec objectifs précis, responsables et échéances. Ce programme d'actions est inclus dans le PAQSS risque de l'établissement.</p>
<p>Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'engagement de la direction dans la démarche qualité au bloc opératoire est indiqué dans le projet qualité gestion des risques 2013-2017 par l'identification des secteurs à risques prioritaires et le développement des bonnes</p>

équipements).	En grande partie	<p>pratiques de sécurité.</p> <p>L'organisation des locaux, le zonage et les circuits sont adaptés. L'ensemble des organisations, des contrôles, des matériels et locaux et la traçabilité des actes sont en place et appliqués par les professionnels (ouverture de salle, contrôle du matériel anesthésique et chirurgical à l'ouverture, fermeture de salle, bionettoyage, cahiers de police, fiches de traçabilité, analyse de la qualité de l'air, contrôles des mesures de température et de pression, etc.). Les contrôles concernant la qualité particulière et bactériologique de l'air, de l'eau et des surfaces sont effectués trimestriellement et font l'objet d'un tableau de bord récapitulatif. Cependant, certaines salles d'opération (exemple salle 3) comportent des murs et des étagères de rangement servant de lieu de stockage pour le matériel complémentaire des tables d'opération (appui, coussin...) ou des dispositifs médicaux stériles principalement à destination des anesthésistes.</p> <p>Le bionettoyage, la gestion des appareils biomédicaux, les maintenances notamment la maintenance préventive à périodicité différente selon le type de matériel, ainsi que la sécurité électrique sont assurés. Il existe des fiches de signalement pour les pannes de matériel biomédical. Cependant, les procédures consultées font mention des organisations mais ne présentent pas de conduite à tenir en mode dégradé en cas de panne. De même, les procédures d'ouverture de salle ne sont pas formalisées.</p> <p>Le management du bloc opératoire est décrit dans la charte de bloc opératoire. Le fonctionnement du bloc opératoire, les responsabilités des intervenants et l'organisation du travail y sont précisés.</p> <p>La formation des professionnels repose sur un recensement des besoins, corrélé avec les objectifs prioritaires du service. Les nouveaux arrivants bénéficient d'une formation spécifique et d'un tutorat. Des formations sont reconduites annuellement comme la formation à la radioprotection, formation à la sécurité transfusionnelle. Un accueil spécifique des médecins anesthésistes intérimaires est assuré.</p>
---------------	------------------	--

	En grande partie	<p>Le système documentaire entretenu se base sur la gestion documentaire de l'établissement sous forme informatisée et papier. Il comporte des documents spécifiques au bloc opératoire ou transversaux : fiches d'ouverture des salles, procédures de prise en charge chirurgicales et anesthésiques, des protocoles douleur, des procédures d'hygiène, la traçabilité de l'entretien des salles, des inventaires de matériel, la procédure de gestion du matériel biomédical avec registre des contrôles et fiches de vie du matériel, des fiches de poste, des procès-verbaux de réunions, des fiches de recueil d'événements indésirables, les tableaux d'activité... Ces procédures sont accessibles à tous au sein du bloc opératoire.</p> <p>Les événements indésirables sont identifiés à l'aide d'un support spécifique au bloc opératoire et gérés par le service qualité et le gestionnaire des risques. Un bilan trimestriel en est fait avec analyse et actions d'amélioration, ce bilan est transmis aux professionnels concernés.</p> <p>Des indicateurs de suivi, avec un tableau de bord, permettent des actions d'amélioration.</p>
<p>La Charte de fonctionnement, définie et validée par un Conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.</p>	Oui	<p>La charte de bloc opératoire a été réactualisée en 2013 en lien avec les évolutions organisationnelles, et validée par le conseil de bloc.</p> <p>Cette charte définit entre autres les grands principes du bloc opératoire, les missions du responsable de l'organisation du programme opératoire, les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires, les horaires de fonctionnement, les présences et permanences... Un résumé est affiché au sein du bloc opératoire. Son application est déployée sous la responsabilité de l'encadrement.</p> <p>Un conseil de bloc est en place. Il se réunit environ tous les trimestres (deux réunions en 2012). Son règlement intérieur est défini.</p>

<p>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.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un agenda informatique accessible aux secrétaires, aux chirurgiens et à la cadre de bloc permet de lister les interventions lors des consultations. Le programme opératoire définitif est consolidé en fin de semaine (le vendredi) par le responsable du bloc opératoire. Il est édité après ajustement sur papier tous les jours pour être transmis la veille en secteurs d'hospitalisation. Il comprend l'ordre de passages des patients au bloc opératoire et toutes les informations utiles. Les modifications éventuelles sont transmises par téléphone en hospitalisation. Les informations sont également fournies à l'équipe de brancardage. Les intervenants sont identifiés (panseuses, chirurgiens, anesthésistes, IADE) en fonction du planning de travail en vigueur.</p> <p>Entre les secteurs de soins et le bloc opératoire, le dossier du patient (médical et soin) est le principal support de communication. Le patient arrive au bloc avec son dossier complet qui l'accompagne à toutes les étapes de sa prise en charge. Ce dossier comprend une fiche de liaison service/bloc/service où figure la traçabilité de la préparation cutanée pré- et peropératoire ainsi que le déroulement de l'intervention (feuille d'écologie).</p> <p>Le dossier d'anesthésie se présente sous la forme d'une feuille unique couvrant toutes les étapes de la prise en charge de la consultation aux consignes postopératoires. Elle est renseignée en temps réel par les intervenants d'anesthésie.</p> <p>La sortie du patient est validée par le médecin anesthésiste. Les prescriptions médicamenteuses sont faites majoritairement via le logiciel de prescription accessible en salle de surveillance post-interventionnelle. Cependant, il persiste quelques prescriptions manuscrites sur ce document comme les prémédications ou traitement définis, ce qui ne facilite pas une traçabilité de l'administration.</p> <p>Les demandes d'examens anatomo-pathologiques, radiologiques et biologiques sont organisées y compris les examens extemporanés. Le bloc opératoire communique par téléphone pour les urgences chirurgicales et obstétricales.</p>
---	------------	---

	Oui	<p>Il existe une fiche de liaison entre bloc opératoire et stérilisation qui permet d'identifier le risque Creutzfeld Jacob. Les commandes logistiques sont organisées y compris avec les laboratoires ou établissements extérieurs. La traçabilité du dépistage du risque ATNC est en place. Le repérage des malades porteurs de bactérie multirésistante ou immunodéprimés, des patients allergiques en particulier au latex, est assuré par traçabilité dans la fiche transversale bloc/service.</p> <p>Les patients disposent tous d'un bracelet d'identification. L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier d'anesthésie » avec une valeur de 84 % avec un intervalle de confiance à 95 % [82 % - 86 %] pour la campagne de recueil 2011.</p>
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	En grande partie	<p>Le système d'information de l'établissement prend en compte le fonctionnement du bloc opératoire : agenda informatique pour la programmation des jours d'intervention, gestion de l'activité et de l'occupation des salles, logiciel circuit du médicament, informatisation des bons de commandes, recueil d'activité par un logiciel dédié.</p> <p>Le programme opératoire est réalisé à partir d'un agenda informatisé partagé entre le bloc et les secrétariats. Cependant, la gestion des salles, la check-list, la gestion des dispositifs médicaux ne sont pas informatisées. Le système d'information qui permet la gestion des soins est majoritairement basé sur l'utilisation des supports existants. Il n'y a pas de planification des interventions à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation, ce que confirme l'indicateur associé au moment de la visite.</p>
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.	Oui	Le bloc opératoire est placé sous la responsabilité d'un cadre dont la fiche de poste et la charte de bloc précisent les missions. Le cadre veille à l'application des modalités d'élaboration et de régulation du programme opératoire,

	Oui	<p>conformément aux dispositions prévues dans la charte de bloc. Elle veille au respect du programme opératoire et à son bon déroulement en intégrant d'éventuelles urgences. Elle dispose d'indicateurs de suivi. Elle repère les dysfonctionnements et assure leur traitement.</p> <p>Depuis le début 2013, en cas d'absence du cadre, un profil du régulateur responsable de l'organisation du bloc opératoire (ROSO) a été défini et les personnes désignées sont nommées.</p>
<p>La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en oeuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.</p>	En grande partie	<p>La check-list est mise en place et suit les évolutions. Elle est renseignée en version papier par un membre identifié en fonction des étapes de l'intervention, pour chaque intervention en présence de l'anesthésiste puis du chirurgien. Les coordonnateurs de la check-list sont identifiés, à savoir l'IDE ou l'IADE de salle selon le type d'intervention. Les modalités de traçabilité de la vérification et d'archivage sont prévues. Cette fiche, dûment remplie, intègre le dossier patient.</p> <p>L'évaluation de l'utilisation de la check-list menée en 2012 pour mesurer la conformité de renseignements des items a constaté qu'elle était satisfaisante pour environ 70 % des cas en moyenne des trois étapes. De nouvelles actions de sensibilisation ont été conduites et un audit en 2013 montre une progression des résultats dans un secteur chirurgical.</p> <p>Cependant, l'audit observationnel met en évidence un déficit des « vérifications à haute voix ». Il a été confirmé, lors des entretiens avec les professionnels dans les salles d'opération, que la réalisation par transmissions croisées orales des informations n'est pas encore la règle et est « intervenant dépendante ».</p>
<p>La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.</p>	Oui	<p>La traçabilité des dispositifs médicaux (DMI) est assurée à l'aide d'une fiche spécifique qui comporte toutes les étiquettes des dispositifs médicaux stériles utilisés et des DMI. Cette fiche est transmise à la pharmacie qui trace ensuite les dispositifs médicaux utilisés sur informatique par spécialités (référence et numéro de lot du DMI, nom du</p>

	Oui	<p>patient) puis les archive. Un double de la fiche est conservé dans le dossier du patient.</p> <p>La traçabilité des actes est assurée sur différents supports adaptés à chaque étape de la prise en charge : cahiers d'ouverture de salle, d'anesthésie, de salle de réveil, de fermeture, de suivi du bionettoyage, cahiers d'occupation de salle et de salle de réveil...</p> <p>La traçabilité des actes (horaires et nature) est assurée par les opérateurs directement au bloc opératoire par le biais d'un logiciel spécifique.</p>
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	<p>Les professionnels s'appuient sur des procédures et protocoles issus de documents actualisés et validés. L'élaboration de ces documents tient compte des règles de bonnes pratiques et des recommandations professionnelles. Ils sont répertoriés dans le logiciel de gestion documentaire de l'établissement, accessibles à tous professionnels, permettant un accès aux pratiques et documents communs à l'établissement.</p> <p>L'établissement identifie les besoins en pratiques professionnelles dans son plan de formation. Toutes les catégories des professionnels ont accès aux formations continues et congrès afin de se tenir informées.</p> <p>Plusieurs EPP ont été conduites en rapport avec les activités opératoires telles que la préparation cutanée de l'opéré, utilisation de la check-list.</p>
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 oeuvre.	Oui	<p>Les événements indésirables sont centralisés par le service qualité. Ils sont analysés par le responsable du bloc.</p> <p>Le rapport d'activité annuelle du bloc opératoire, présenté au conseil de bloc, reprend des indicateurs quantitatifs d'activité recueillis par le biais du logiciel permettant la mesure de l'activité et de l'efficacité des blocs opératoires. La responsable du bloc opératoire a suivi une formation (EFFIbloc) pour optimiser l'usage des indicateurs de bloc opératoire en 2013.</p> <p>L'utilisation de la check-list au bloc opératoire a fait l'objet</p>

Oui	<p>de plusieurs audits en 2012 et 2013 dans le cadre d'une EPP. Des actions d'amélioration ont été mises en oeuvre. Des RMM (revues de mortalité et de morbidité) spécifiques à la chirurgie/anesthésie ont été mises en place depuis début 2013.</p> <p>Il existe une surveillance des infections du site opératoire en réseau (INCISO CCLIN Nord) annuellement depuis 2002. En 2012, l'établissement a participé au recueil de l'indicateur sur le bon usage de l'antibioprophylaxie. L'analyse des résultats permet de définir les actions d'amélioration et leur mise en oeuvre.</p>
-----	--

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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



Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>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.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les actes en endoscopie sont réalisés en deux endroits différents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le secteur d'endoscopie permet de réaliser les actes sans anesthésie (bronchoscopie, fibroscopie, coloscopie) et comprend une zone de nettoyage, de désinfection et de stockage des endoscopes ; - au bloc opératoire, dans une salle dédiée pour les actes réalisés sous anesthésie générale. Dans ce cas, le matériel propre est transporté depuis le secteur d'endoscopie vers le bloc (couloirs et ascenseur) dans une armoire fermée, et le matériel utilisé dans des caisses de décontamination vers le secteur d'endoscopie pour y être ensuite nettoyé. <p>Le personnel affecté au secteur d'endoscopie dispose des diplômes correspondant aux compétences attendues, des fiches de poste décrivent les missions et activités principales. Ce personnel réalise les actes sur les deux niveaux.</p> <p>Le parcours du patient en endoscopie est défini pour chaque type de prise en charge : en consultations externes, en hospitalisation traditionnelle majoritaire et en urgence,</p>

<p>En grande partie</p>	<p>depuis la prise de rendez-vous jusqu'à la prise en charge et la sortie. Cette organisation bénéficie d'un début de formalisation dans les protocoles existants.</p> <p>Le traitement des endoscopes (semi-automatisé) est régi par différents protocoles mis en application. Les organisations induites au bloc opératoire en termes de matériel, circuit, accès, activité, ressources humaines sont définies dans la charte de bloc.</p> <p>Les processus interventionnels et de support sont identifiés et se veulent similaires à ceux appliqués au bloc opératoire (ouverture de salle, préparation du matériel, chariot d'urgence, circuit des déchets, des matériels, des personnels, bionettoyage...) mais ne sont pas tous formalisés (ouverture de salle, prise en charge, circuits...).</p> <p>La formation des nouveaux arrivants est organisée, ainsi que celle du personnel en poste (environ tous les deux ans). La gestion des installations est organisée avec le service biomédical et celles des endoscopes avec les fournisseurs et le CLIN. Des protocoles spécifiques à la gestion du matériel endoscopique sont formalisés.</p> <p>Un programme de surveillance de la conformité des endoscopes est en place, associé à une surveillance bactériologique qui fait l'objet d'une analyse en CLIN. Une démarche qualité est en place sur l'entretien et le bionettoyage des locaux.</p> <p>Le secteur a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques depuis le début d'année 2013. L'ensemble des risques identifiés a bénéficié d'une hiérarchisation pour déterminer ensuite un programme d'actions inclus dans le plan de suivi « risque » de l'établissement. Cette analyse a été menée par un groupe de travail en place depuis juin 2012.</p>
<p>Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.</p>	<p>En grande partie</p> <p>L'ensemble des organisations, des contrôles, des matériels et locaux et la traçabilité des actes sont en place et appliqués par les professionnels (ouverture de salle, contrôle du matériel à l'ouverture, fermeture de salle, bionettoyage, cahiers de rendez-vous, fiches de traçabilité, contrôle des appareils). Les procédures sont rédigées par le personnel</p>

<p>En grande partie</p>		<p>affecté au secteur, mises à jour, validées par le CLIN et s'intègrent dans le système documentaire de l'établissement. L'ensemble des documents de référence est centralisé et accessible au niveau du service et pour certains sur l'Intranet.</p> <p>Les procédures ne sont pas toutes formalisées ou mises à jour (ouverture et fermeture de salle, utilisation de la check-list, circuits, accueil...). Les modes dégradés sont prévus et connus mais non formalisés.</p> <p>La formation des nouveaux arrivants est organisée, ainsi que celle du personnel en poste (environ tous les deux ans).</p> <p>La gestion des endoscopes est intégrée dans un tableur informatique informatisé du matériel, suivi par le personnel IDE avec le service biomédical et celles des endoscopes avec les fournisseurs et le CLIN. A chaque remise en route d'un appareil, un contrôle est effectué sur le bon fonctionnement de celui-ci afin de prévenir tout risque selon la procédure définie (gestion et suivi des endoscopes...). Des protocoles spécifiques à la gestion du matériel endoscopique sont formalisés. Un programme de surveillance de la conformité des endoscopes est en place, associé à une surveillance bactériologique qui fait l'objet d'une analyse en CLIN. Une démarche qualité est en place sur l'entretien et le bionettoyage des locaux. La maintenance et le contrôle des endoscopes et du lave-endoscope font l'objet d'une traçabilité dans des classeurs spécifiques tenus par les professionnels où sont consignés les PV d'interventions, les résultats des prélèvements après maintenance permettant la reprise de l'activité, les réparations sont effectuées par les fournisseurs. Le signalement des événements indésirables est organisé à partir des fiches existantes dans le respect de la procédure en vigueur dans l'établissement.</p>
<p>L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les praticiens réalisant des actes en endoscopie planifient leurs interventions selon les plages journalières et opératoires qui leur sont affectées. La planification des actes est réalisée à partir d'un cahier de rendez-vous. Cette</p>

	Oui	planification tient compte de la disponibilité de la salle, des moyens humains et matériels. Elle est suivie par les IDE du secteur et supervisée par le cadre de l'unité. Toute demande est réalisée à partir d'une fiche de demande d'acte en endoscopie. Entre les secteurs de soins et le bloc opératoire, l'échange d'informations est assuré par le dossier patient qui comprend une fiche de liaison service/bloc/service, mentionnant toutes les caractéristiques de l'acte (traçabilité de l'endoscope et du matériel utilisé). Le compte-rendu de l'acte est dicté puis intégré dans le dossier à la sortie du patient.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	Partiellement	Les médecins ont accès à la prescription informatisée sur les deux sites d'exams. Cependant, le système d'information qui permet la gestion des soins est majoritairement basé sur l'utilisation des supports papier, le programme des actes d'endoscopie n'est pas informatisé.
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.	Oui	Les infirmières d'endoscopie assurent la coordination des actes endoscopiques (programmation, pré-admission) avec la collaboration de l'aide-soignante. Elles sont supervisées par le cadre de santé de proximité.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Des protocoles spécifiques à la gestion du matériel endoscopique sont formalisés. L'équipe opérationnelle d'hygiène gère la veille documentaire et réglementaire. La révision complète des protocoles d'entretien et d'hygiène des endoscopes a été réalisée en 2012. L'ensemble de ces documents tient compte des règles de bonnes pratiques et des recommandations professionnelles (mise en circulation de l'appareil, utilisation journalière, désinfection, séquestration, contrôle bactériologique...) Les documents sont disponibles aux personnels par le biais de la gestion documentaire informatisée et papier. La check-list version 2013 est assurée par le personnel affecté à la salle : il interroge oralement le patient en présence du gastro-entérologue.

<p>La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels concernés assurent la traçabilité respective des actes d'endoscopie et des vérifications effectuées dans le cadre de la check-list sécurité validée. La traçabilité des actes et des matériels utilisés est assurée. La traçabilité systématique de l'utilisation des endoscopes est reportée sur plusieurs supports :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le dossier du patient ; - le compte-rendu de l'examen ; - le classeur de l'endoscope (utilisation de l'endoscope, traitement de l'endoscope) ; - listing informatique des endoscopes utilisés. <p>La check-list "sécurité du patient en endoscopie (digestive ou bronchique)" est utilisée pour tous les actes en endoscopie et archivée dans le dossier du patient. Le questionnaire pour la maladie de Creutzfeldt-Jakob est renseigné systématiquement pour chaque patient. La fiche d'intervention présente dans tous les dossiers patients trace l'utilisation de tout le matériel stérilisé réutilisable. La check-list endoscopie est renseignée.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La gestion des événements indésirables en endoscopie s'inscrit dans celle de l'établissement, à partir de la fiche de déclaration avec cependant peu de signalements concernant l'endoscopie. En cas d'événement, une réflexion interne avec les personnes concernées est organisée et des actions d'amélioration sont définies et mises en oeuvre. Une évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée, en 2009, sur la pertinence des examens de fibroscopie gastrique.</p>
<p>La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le cadre et les infirmières de l'unité tiennent des tableaux de bord d'activité. Une évaluation des pratiques professionnelles sur l'utilisation de la check-list au bloc opératoire et en endoscopie a été réalisée en 2012, uniquement sur les actes endoscopiques assurés au bloc opératoire.</p>

Oui	Un questionnaire de satisfaction patient spécifique pour l'endoscopie est mis en place depuis décembre 2012 et est analysé annuellement. Un audit sur l'entretien des endoscopes est programmé en 2013 par l'EOH (équipe opérationnelle d'hygiène).
-----	--

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	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, et sont formés, notamment en matière d'information des familles.	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 oeuvre.	Non	
--	-----	--

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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le projet personnalisé de prise en charge, qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation, est élaboré avec le patient, son entourage, et en concertation avec tous les professionnels concernés.	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.	Partiellement	

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	En grande partie	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Réunion de concertation pluridisciplinaire" et de sa valeur de 75 % sans intervalle de confiance à 95 % (effectif inférieur à 30) pour la campagne de recueil 2011.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	

L'engagement des professionnels est effectif.	En grande partie	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	En grande partie	
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.	En grande partie	
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	En grande partie	

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.b Pertinence des soins

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	
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.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	Oui	
Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs, lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	En grande partie	
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 : CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK (590782652)

Résultats des indicateurs de qualité

Dossier du Patient - Champ MCO

Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	
	Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur		
Tenue du dossier patient (score sur 100)	1144	70	80		1212	72	80		1206	76	80					
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	1141	34	80		1195	40	80		1192	48	80					
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	1144	52	80		1212	61	80		1206	73	80					
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	1136	75	80		1200	79	80		1196	84	80					

Etablissement : CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK (590782652)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Non				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)	75 [72 - 79]		(-)	↗	82 [78 - 86]		(=)	NA	71 [67 - 75]		(-)	↘				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	53 [42 - 63]		(-)	↗	66 [56 - 77]		(-)	→	61 [51 - 72]		(-)	→				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	50 [39 - 61]		(-)	↗	68 [57 - 78]		(-)	→	90 [83 - 97]		(+)	↗				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	56 [45 - 67]		(-)	→	76 [67 - 86]		(=)	→	56 [45 - 67]		(-)	→				

Etablissement : CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK (590782652)

Résultats des indicateurs de qualité

Dossier d'anesthésie - Champ MCO

Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre		Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	
	Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur			Nb d'ES	Valeur		
Tenue du dossier d'anesthésie (score sur 100)	1015	75	NA		1012	80	80		1004	84	80					

Etablissement : CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK (590782652)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Non				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier d'anesthésie (score sur 100)	85 [81 - 89]		NA	→	84 [81 - 87]		(+)	→	84 [82 - 86]		(+)	→				

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

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

CH HAZEBROUCK - FINESS : 590000774

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	Inspection régionale de la Pharmacie	11/10/2004	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stérilisation des dispositifs médicaux	Inspection régionale de la pharmacie	19/09/2002	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinfection des dispositifs médicaux	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	Activité sous-traitée		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infrastructures	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission Sécurité Incendie	20/04/2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité électrique	APAVE	20/07/2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	DDPP du Nord	22/06/2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	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 chaudes sanitaires	DDASS	27/11/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	19/03/2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Sécurité anesthésique	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 : radiologie conventionnelle	APAVE	12/04/2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tous les ans
Imagerie et exploration fonctionnelle : scanner	APAVE	29/08/2011	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tous les quadrimestres
Imagerie et exploration fonctionnelle : mammographie	APAVE	12/04/2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tous les semestres
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	GE	24/04/2007	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
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	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT

Aucune décision de la HAS lors de la visite de certification V2007 ne concernait la stérilisation, la sécurité alimentaire ou l'incendie.