



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left, dips down, and then rises on the right, spanning across the width of the page.

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

**Centre Psychothérapique de Nancy**

1, Rue Archambault - BP 11010 - 54521 LAXOU Cedex

Septembre 2010

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b>	<b>4</b>
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
<b>1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>8</b>
<b>2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>11</b>
1. Niveau de certification	12
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	13
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	14
4. Critères investigués lors de la visite de certification	15
5. Suivi de la décision	16
<b>3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS</b>	<b>17</b>
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	20
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	21
3. Regard Patient	22
<b>4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>23</b>
<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITÈRE</b>	<b>27</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>28</b>
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE	29
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	53
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS	86
<b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	<b>113</b>
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	114

PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT	139
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	149
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	196
PARTIE 5. EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	219
<b>6. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	<b>230</b>

# PREAMBULE

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

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

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

Le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale d'Hospitalisation, Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

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

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

Les niveaux de certification sont les suivants :

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

Les décisions et les rapports de certification sont tous rendus publics sur le site internet de la Haute Autorité de Santé, <http://www.has-sante.fr>.

Il revient aux établissements de santé d'en assurer la plus large publicité en interne et en externe, (notamment par le biais de leur site internet).

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

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

# 1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# Centre Psychothérapique de Nancy

Adresse : 1,rue Archambault BP 11010 54521 LAXOU Cedex

Site internet de l'établissement : [www.cpn-laxou.com](http://www.cpn-laxou.com)

Statut : EPSM

Type d'établissement :

Type de Prise en charge	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places en ambulatoire
MCO		
SM	324	268
SSR		
SLD		
HAD		

Nombre de sites :	27
Activités principales :	Psychiatrie adultes et infantojuvénile
Activités de soins soumises à autorisation :	
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité :	

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements (Principales conventions, réseaux, GCS) :	Conventions et réseaux avec secteur social et médico-social Convention de direction commune avec l'hôpital de Saint Nicolas du Port (54)
--	---

## Réorganisation de l'offre de soins

Regroupement / Fusion :

Arrêt ou fermeture d'activités :

Créations 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 réserves.

### Décisions

#### Réserves Majeures

#### Réserves

- 1c (Démarche éthique); 1f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles )
- 8b (Fonction "gestion des risques")
- 12a-SM (Prise en charge de la douleur)
- 28c (Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique)

#### Recommandations

- 8c (Obligations légales et réglementaires); 8f (Gestion des événements indésirables); 8g (Maîtrise du risque infectieux); 8h (Bon usage des antibiotiques)
- 13a-SM (Prise en charges et droits des patients en fin de vie)
- 14a-SM (Gestion du dossier du patient); 14b-SM (Accès du patient à son dossier)
- 28a (Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP))

## **2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire**

Compte tenu des informations issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité Sanitaire de la fiche interface HAS / ARS, la Haute Autorité de Santé a constaté l'absence de contrôles réglementaires sur :

Circuit médicament

La Haute Autorité de Santé demande à l'établissement et à l'autorité de tutelle compétente de prendre toute mesure pour que les actions de contrôle soient rapidement mises en oeuvre.

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

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

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

La visite de certification s'est déroulée du [Lundi 8 février 2010](#) au [Vendredi 12 février 2010](#).

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

##### **MANAGEMENT STRATEGIQUE**

1c, 1d, 1f, 2e

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

5c, 6d, 6e, 7d, 7e

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

8b, 8c, 8f, 8h, 9a

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

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

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

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

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

16a-SM, 17a-SM, 18a-SM, 19a-les personnes démunies, 19a-les personnes détenues, 19b-SM, 20a-SM, 20b-SM, 21a-SM, 23a-SM, 24a-SM

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

28a, 28b, 28c

## 5. Suivi de la décision

### 3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

### Ensemble des thématiques du manuel

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

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

Ces parties constituent les thématiques qui ont été retenues pour construire un graphique en radar sur la base du score moyen obtenu par l'établissement pour chacune de ces thématiques. Ce score est ensuite comparé à la moyenne du score obtenu par les établissements de sa catégorie. Lorsque le score atteint 90%, la thématique concernée est signalée comme un point fort de l'établissement.

### Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

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

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

### Critères sélectionnés par les représentants des usagers

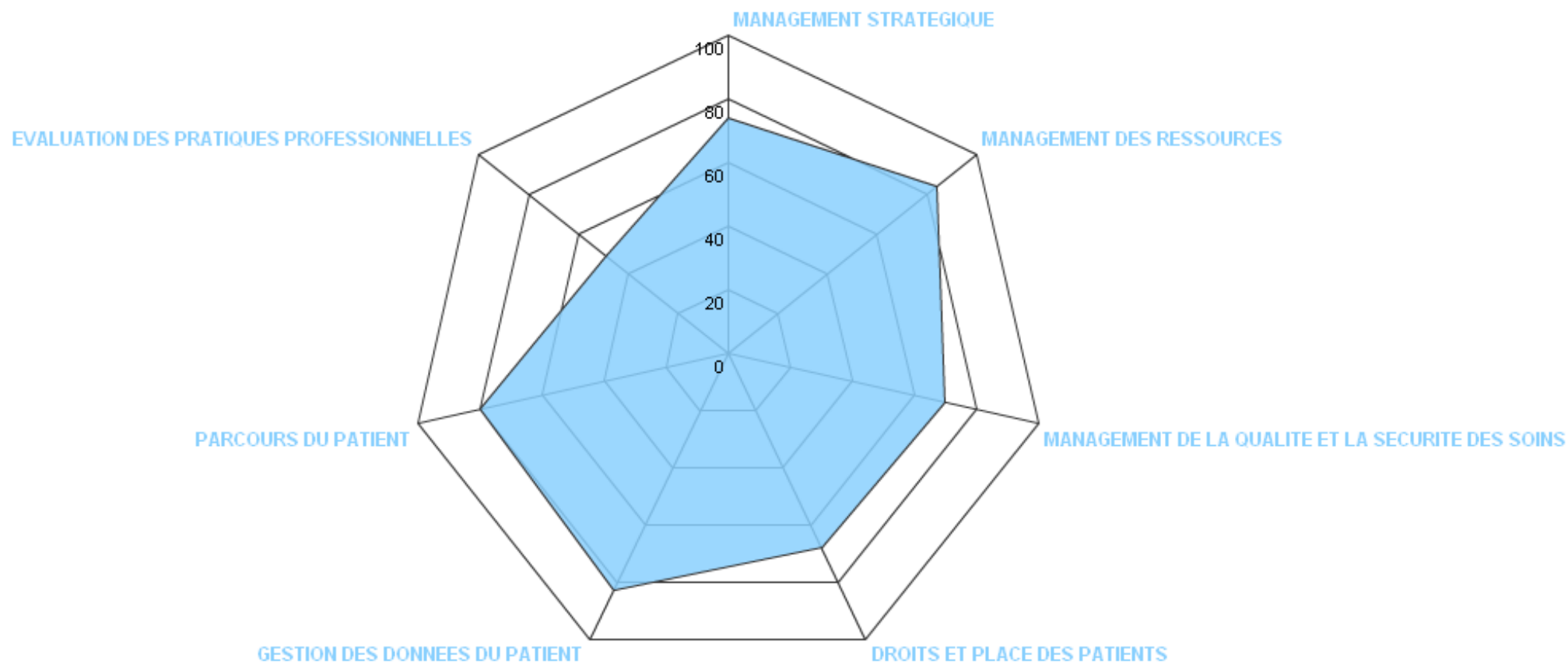
Le troisième graphique présente, sous forme d'histogramme, les scores obtenus sur des critères sélectionnés par les représentants des associations d'usagers comme répondant à des attentes prioritaires en matière de prise en charge du patient :

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

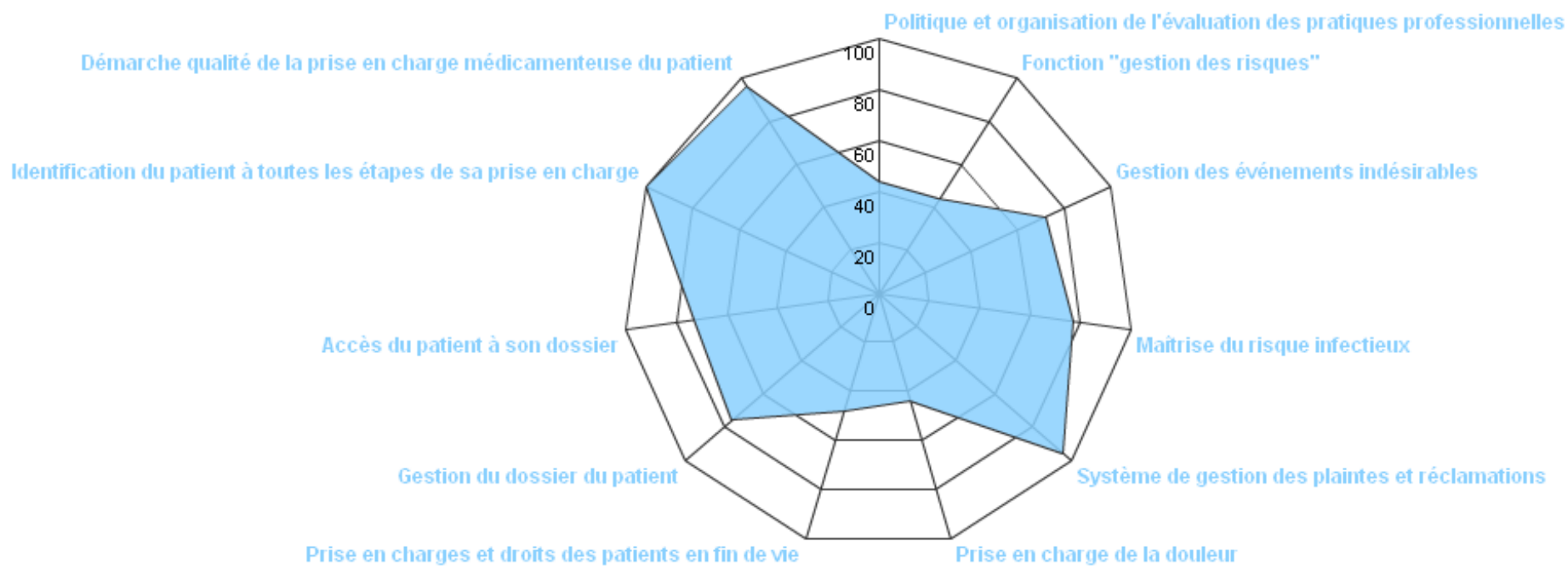
Lorsque l'établissement comprend plusieurs types de prise en charge, le graphique présente le résultat obtenu pour chacun de ces critères et pour chacune des prises en charge.

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

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

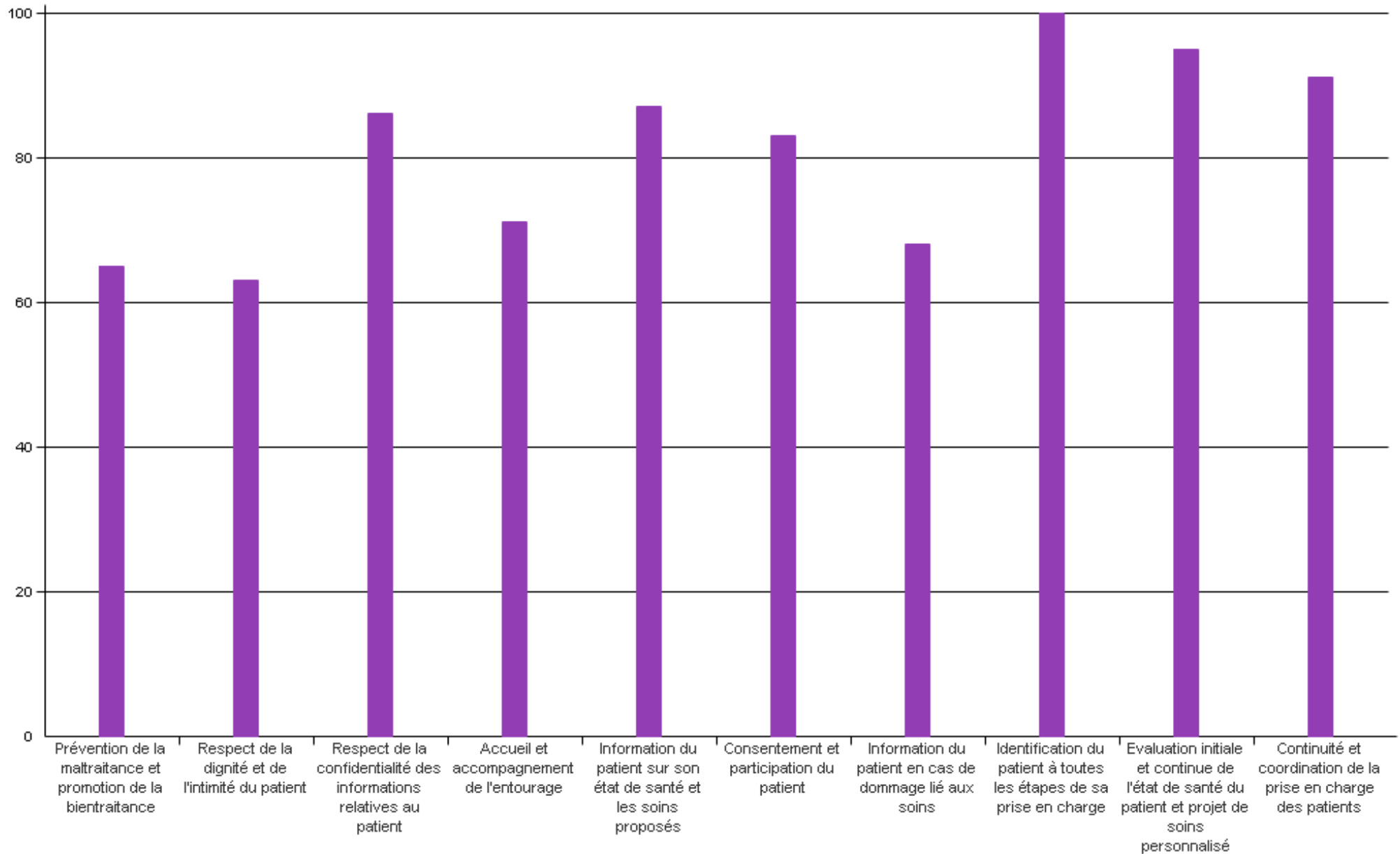


## 2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires



### 3. Regard Patient

SM



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

## APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Recommandation:</p> <p>Généraliser les entretiens d'évaluation des personnels</p>	<p>Oui</p>	<p>L'entretien annuel est obligatoire et il est réalisé et suivi par la DRH.</p>
<p>Recommandation:</p> <p>Poursuivre l'amélioration des conditions d'hébergement</p>	<p>En cours</p>	<p>L'établissement poursuit son plan de restructuration et de mise aux normes des conditions d'hébergement des patients.</p>
<p>Recommandation:</p> <p>mettre en ouvre la démarche d'assurance qualité du circuit du linge</p>	<p>En cours</p>	<p>Le circuit du linge traité dans la buanderie de l'établissement est en assurance qualité.</p> <p>Toutefois une partie du linge personnel des patients non marqué est lavé dans des petites laveries de service qui ne respectent ni les circuits propres -sales ni les règles d'hygiène hospitalières.</p>
<p>Recommandation :</p> <p>structurer et coordonner l'organisation de la gestion des risques</p>	<p>oui</p>	<p>Sous la direction de la direction des usagers de la qualité et de la communication, au sein de la cellule qualité et gestion des risques un cadre de santé est chargé du suivi des évènements indésirables. L'établissement a développé un logiciel interne de déclaration des EI.</p>

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Recommandation :</p> <p>renforcer l'information des professionnels en matière de vigilances sanitaires et assurer leur coordination avec la gestion des risques</p>	<p>oui</p>	<p>Les vigilances sont en place en lien avec la sous commission Qualité, gestion des risques et vigilances et l'ensemble du personnel est informé.</p>
<p>Recommandation :</p> <p>généraliser la formation des personnels et évaluer l'application des protocoles de prévention du risque infectieux</p>	<p>oui</p>	<p>Des supports d'information réalisés par la pharmacie sont diffusés, connus et actualisés.</p> <p>La DRH a développé un e.learning.</p>
<p>Recommandation :</p> <p>harmoniser les règles de conservation du dossier patient</p>	<p>oui</p>	<p>Un guide de tenue du dossier élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire est actualisé régulièrement.</p>
<p>Recommandation :</p> <p>veiller à l'information donnée au patient tout au long de sa prise en charge</p>	<p>oui</p>	<p>Le dossier patient unique informatisé assure cette information, les professionnels tracent en interne les données en temps utile.</p>

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Recommandation :</p> <p>garantir l'information systématique et en temps utile des professionnels en aval de la prise en charge, notamment des médecins traitants</p>	<p>en cours</p>	<p>Les informations sont systématiquement transmises ; les délais de transmissions des lettres de sortie aux médecins traitant ne respectent pas le délai de 8 jours réglementaire.</p>
<p>Recommandation :</p> <p>développer l'évaluation de l'atteinte des objectifs et de l'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques</p>	<p>en cours</p>	<p>Le plan annuel qualité et le bilan annuel d'activité de la cellule qualité gestion des risques sont soumis aux instances qui valident le plan.</p> <p>Des groupes projets institutionnels sont constitués en fonction des priorités définies.</p>

## 5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1a

#### Valeurs, missions et stratégie de l'établissement

#### COTATION

A

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

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

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1b

#### Engagement dans le développement durable

#### COTATION

**B**

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

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

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1c

#### Démarche éthique

#### COTATION

**D**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels ont accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.	Partiellement	Les membres du groupe projet en charge de mener une réflexion autour de la mise en place d'un Comité d'Ethique se sont appuyés sur des ressources documentaires et un cadre réglementaire. L'établissement n'est pas engagé dans une démarche structurée d'accès à ces ressources pour les professionnels du CPN.
Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.	Non	Il n'existe pas de dimension éthique dans les projets d'établissement. Les orientations ne sont pas définies.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les professionnels, dans leurs secteurs, mènent de façon hétérogène et non structurée des réflexions de nature éthique autour de leurs pratiques dans le cadre de la prise en charge de patients. La sensibilisation des professionnels a été renforcée par la démarche d'appel à candidatures menée pour la constitution du comité d'éthique.</p>
<p>Les questions éthiques, se posant au sein de l'établissement, sont traitées.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les questions éthiques sont abordées et traitées de manière hétérogène et non structurée au sein de l'établissement.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Un état des lieux des questions éthiques liées aux activités de l'établissement est réalisé.</p>	<p>Non</p>	<p>L'état des lieux des questions éthiques liées aux activités de l'établissement n'est pas formalisé. L'installation récente du Comité d'éthique n'a pas permis à ses nouveaux membres de s'engager dans cette démarche.</p>

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1d

#### Politique des droits des patients

**COTATION**

**B**

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

**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 1e

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

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est intégrée dans les orientations stratégiques.	Oui	
L'instance délibérante statue au moins une fois par an sur cette politique.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est diffusée dans l'établissement.	Oui	
Des objectifs et des indicateurs, validés par la direction, sont déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité.	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 1f

### Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles



**COTATION**

**D**

**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.

Partiellement

La politique EPP, définie par la sous commission FMC/EPP a été présentée à la CME et validée par cette instance.

Les objectifs ont été portés à la connaissance des responsables de pôle. Ils portent sur le déploiement des démarches sur tous les pôles et filières et sur la mise en place de Staffs EPP dans les services cliniques.

Cependant toutes les démarches présentées (déployées ou en cours de démarrage) ne sont pas inscrites au plan qualité 2009 - 2011. Le choix des thèmes ne s'appuie que partiellement sur une analyse préalable des enjeux en termes d'amélioration qualité ou de risques liés aux soins.

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

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

Partiellement

Un comité de coordination de la politique qualité gestion des risques a été mis en place depuis 2008. Il regroupe des gestionnaires, des médecins de la sous commission EPP/FME, des soignants, des membres de la cellule qualité et un usager. Son rôle dans la coordination des acteurs n'est pas effectif.

La plupart des démarches EPP ont été définie par les praticiens. Des actions ont été menées sous l'impulsion de la cellule qualité.

La concertation n'est pas organisée à périodicité définie.

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

Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médicotechnique.

Partiellement

Le président de la sous commission EPP a organisé le déploiement des démarches EPP dans les secteurs d'activité clinique et médico techniques par courrier à chaque chef de pôle en mars 2009 (définition du mode de déploiement et proposition de méthodes EPP).

Cependant, les modalités de coordination, de suivi et d'engagement des personnels ne sont pas définies.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.</p>	<p>Oui</p>	<p>La formation des médecins aux EPP est organisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formation en externe (organisme extérieur pour la mise en oeuvre de certaines démarches)</li> <li>-Formation en interne (à la démarche EPP et aux méthodes) par le président de la commission EPP/FMC (organisée par pôles pour 50 praticiens)</li> </ul> <p>Pour la formation des soignants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une session de formation de 12 cadres soignants à l'EPP a eu lieu fin 2009. Une nouvelle session est prévue en 2010.</li> </ul> <p>La cellule qualité a apporté un soutien méthodologique aux acteurs de terrain en charge des démarches EPP.</p>
<p>L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le suivi de l'état d'avancement des démarches EPP est assuré par la Sous commission EPP/FMC. Le dernier bilan effectué correspond au tableau de bord présenté dans l'auto évaluation V2010. La périodicité n'est pas définie. La CME, la Commission de soins et le CTE ont été informés ponctuellement. L'établissement n'a pas organisé le suivi de l'impact de ses démarches EPP.</p>

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Des actions de communication sur les démarches EPP ont eu lieu (journal interne, intranet).</p> <p>Le dispositif d'information n'est pas structuré.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'établissement n'a pas identifié les instances auprès desquelles il doit rendre compte des démarches EPP cependant, le suivi de l'avancement des EPP a été ponctuellement présenté à la CME, à la sous commission gestion des risques, à la commission des soins infirmiers et au CTE mais pas au conseil d'administration.</p>
<p>La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus.</p>	<p>Non</p>	<p>Les professionnels n'ont pas organisé la révision et l'ajustement de la stratégie de développement de l'EPP.</p>

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1g

#### Développement d'une culture qualité et sécurité

#### COTATION

A

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

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

### Critère 2a

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

#### COTATION

**A**

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

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

### Critère 2b

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

#### COTATION

**B**

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

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

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

### Critère 2c

#### Fonctionnement des instances

#### COTATION

**B**

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

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

### Critère 2d

#### Dialogue social et implication des personnels

**COTATION**

**B**

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

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

### Critère 2e

#### Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement



### COTATION

### B

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

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

## **PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES**

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3a

#### Management des emplois et des compétences

**COTATION**

**B**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des dispositions sont mises en oeuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.	Oui	
L'évaluation périodique du personnel est mise en oeuvre.	Oui	
Un plan de formation est mis en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.	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.	En grande partie	

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3b

#### Intégration des nouveaux arrivants

**COTATION**

**B**

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

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3c

#### Santé et sécurité au travail

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

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.	En grande partie	
Le document unique est établi.	Oui	
Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.	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	

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

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3d

#### Qualité de vie au travail

**COTATION**

**B**

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

## Référence 4 : La gestion des ressources financières

### Critère 4a

#### Gestion budgétaire

#### COTATION

**A**

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

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

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

Oui

## Référence 4 : La gestion des ressources financières

### Critère 4b

#### Amélioration de l'efficience

#### COTATION

**A**

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

## Référence 5 : Le système d'information

### Critère 5a

#### Systeme d'information

**COTATION**

**A**

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

## Référence 5 : Le système d'information

### Critère 5b

#### Sécurité du système d'information

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.).	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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 5c

#### Gestion documentaire

#### COTATION

**A**

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

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

### Critère 6a

#### Sécurité des biens et des personnes

**COTATION**

**B**

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

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

### Critère 6b

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

#### COTATION

A

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

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

Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.

En grande partie

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

### Critère 6c

#### Qualité de la restauration

**COTATION**

**B**

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

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

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

### Critère 6d Gestion du linge

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le circuit du linge est défini.	Oui	
Les besoins par secteur sont quantifiés et incluent les demandes en urgence.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.	Partiellement	<p>Le circuit du linge traitée par la buanderie centrale de l'établissement assure le respect des règles d'hygiène.</p> <p>Toutefois pour le linge personnel non marqué des patients traités dans des laveries d'unité, ni l'assurance qualité ni les règles d'hygiène définies ne sont respectées.</p>

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	Oui	
Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 6e

#### Fonction transport des patients

#### COTATION

A

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

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

### Critère 6f

#### Achats écoresponsables et approvisionnements

**COTATION**

**B**

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

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

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

### Critère 7a

#### Gestion de l'eau

#### COTATION

**B**

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

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

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

### Critère 7b Gestion de l'air

**COTATION**

**B**

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

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

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

### Critère 7c

#### Gestion de l'énergie

**COTATION**

**B**

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

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

Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.

Partiellement

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

### Critère 7d

#### Hygiène des locaux

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les actions à mettre en oeuvre pour assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	Oui	
En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations	Oui	
Les responsabilités sont identifiées et les missions sont définies.	En grande partie	Les fiches emplois des professionnels de la société prestataire de bionettoyage transmises à l'établissement définissent leurs missions et leurs responsabilités. Cependant, en regard de l'ancienneté de leur diffusion elles sont en cours de réactualisation.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	En grande partie	
Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en oeuvre.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	En grande partie	Des prélèvements de surface bimestriels et semestriels sont réalisés par la société prestataire de bionettoyage. Sur les prélèvements non conformes des contrôles contradictoires sont organisés par l'établissement. Un audit externe sur le bionettoyage a donné lieu en 2008 à l'analyse de l'organisation interne et du fonctionnement du suivi des prestations. Les résultats de ces différentes évaluations ne sont pas toutes communiquées au CLIN.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

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

### Critère 7e

#### Gestion des déchets

**COTATION**

**B**

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

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

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

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

### Critère 8a

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

**COTATION**

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est formalisé.	Oui	
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents.	En grande partie	
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	En grande partie	
Le programme est soumis aux instances.	Oui	

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

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



Critère 8b

Fonction "gestion des risques"

COTATION

D

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

Une fonction « gestion des risques » est définie dans l'établissement.

En grande partie

La fonction gestion des risques est structurée sous la direction des usagers, de la qualité et de la communication autour des missions de la cellule qualité gestion des risques. Elle figure dans l'organigramme de l'établissement. Les fiches de poste des membres de la cellule qualité déclinent les responsabilités et les missions générales qualité/gestion des risques sans identifier précisément le périmètre et la quantification du temps imparti dédiés à la fonction gestion des risques.

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

L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour des objectifs du programme de gestion des risques.

Partiellement

La cellule qualité et gestion des risques est en lien avec les différents secteurs opérationnels de l'établissement et recherche la mobilisation de toutes les compétences pour assurer ses missions.

Toutefois, en regard de la gestion des risques organisée par secteur d'activité, elle ne dispose pas de l'ensemble des informations et du suivi des actions engagées. De ce fait, il n'existe pas de programme global et coordonné de management de la gestion des risques.

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

Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.

Partiellement

Les membres de la cellule qualité sont évalués annuellement par leur supérieur hiérarchique. La fonction gestion des risques est évaluée au travers du bilan annuel de la cellule qualité gestion des risques. Toutefois, le dispositif d'évaluation ne porte pas sur l'organisation de la fonction et l'absence de programme de gestion des risques ne permet pas d'en évaluer le suivi.

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

### Critère 8c

#### Obligations légales et réglementaires

**COTATION**

**C**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.

En grande partie

Chaque direction ou responsable de secteur d'activité organise dans son champ de compétence sa propre veille réglementaire.  
Cependant, l'identification de la ou des personnes en charge de la centralisation et du suivi des modifications réglementaires n'est pas réalisée dans l'établissement.

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>La direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser suite aux contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La direction, en regard des contrôles internes et externes et des nouvelles exigences réglementaires, engage les actions de mise en conformité qu'elle juge nécessaires. Cependant, il n'existe pas, en dehors des réunions de direction, de mécanisme de centralisation et de coordination visant à réunir l'ensemble de la veille réglementaire réalisée dans chaque secteur d'activité. De ce fait le plan de priorisation des actions n'est pas réalisé.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>L'établissement met en oeuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires en fonction du plan de priorisation.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Pour leur secteur d'activité, sans toutefois de coordination générale au niveau de l'établissement, les responsables et directions mettent en oeuvre les recommandations issues des contrôles réglementaires. Ces actions ne sont pas reliées à un plan de priorisation défini au niveau institutionnel.</p>

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

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

En grande partie

La direction, par le biais des réunions de direction, délègue le traitement des non-conformités majeures aux responsables des secteurs d'activités. Les non-conformités mineures sont traitées par les responsables des secteurs concernés. Le suivi n'est pas relié au plan de priorisation des actions à réaliser.

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

### Critère 8d

#### Evaluation des risques a priori

#### COTATION

**B**

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

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

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

### Critère 8e Gestion de crise

**COTATION**

**B**

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

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

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

### Critère 8f

#### Gestion des événements indésirables



**COTATION**

**C**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

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

Oui

La cellule qualité gestion des risques assure l'analyse et le suivi de tous les événements indésirables à partir des déclarations effectuées sur un logiciel informatique spécifique, des informations liées à la gestion des plaintes et des vigilances.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.

En grande partie

La formation de l'ensemble des professionnels à l'outil informatisé de déclaration des Evénements Indésirables est en phase finale de déploiement. De plus une plaquette de sensibilisation à la déclaration des EI a été diffusée. Un didacticiel d'utilisation est disponible dans la gestion documentaire. Les déclarants ne sont pas formés aux notions de gravité et de fréquence probable de répétition de l'EI.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	En grande partie	Les membres de la cellule qualité sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. Il n'y a pas d'autres professionnels formés à l'analyse des causes.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	En cas d'événements indésirables graves, un Comité de Retour d'Expérience est organisé pour identifier avec les acteurs concernés les causes profondes, établir un plan d'action et mettre en oeuvre les actions correctrices.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.	En grande partie	Les CREX portant sur les Evénements Indésirables Graves sont suivis d'actions correctives. Les événements indésirables d'autres natures ne donnent pas forcément lieu à la mise en oeuvre hiérarchisées d'actions d'amélioration.
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 classifiés suivant une typologie définie par la cellule qualité et gestion des risques. L'organisation de l'analyse des causes profondes de ces événements n'est pas encore opérationnelle dans l'établissement.

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

L'efficacité des actions correctives est vérifiée.

Partiellement

En dehors du suivi des CREX, il n'existe pas de dispositif de mesure de l'efficacité des actions correctrices.

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

### Critère 8g

#### Maîtrise du risque infectieux



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

#### COTATION

**B**

**Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales**

**Classe associée à la valeur du score agrégé**

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

B

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

### Critère 8h

#### Bon usage des antibiotiques

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



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

#### COTATION

**C**

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

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

### Critère 8i

#### 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.	En grande partie	
Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.	En grande partie	

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

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

### Critère 8j

#### Maîtrise du risque transfusionnel

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

#### COTATION

**NA**

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

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

### Critère 8k

#### Gestion des équipements biomédicaux

#### COTATION

**B**

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

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

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

### Critère 9a

### Systeme de gestion des plaintes et réclamations



#### COTATION

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La gestion des plaintes et réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).	Oui	La gestion des plaintes et réclamations est organisée: la CRU est en place et opérationnelle, ses missions et les responsabilités sont définies. Il existe un registre unique de recueil des plaintes et réclamations, les usagers sont informés des modalités pour formuler une plainte ou une réclamation .
Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	Les réclamations et plaintes font l'objet de déclaration d'événements indésirables. Ce dispositif constitue le premier mode de recueil et d'analyse.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement met en oeuvre sa procédure de traitement des plaintes et réclamations : les professionnels sont associés à la réponse donnée au plaignant et à la mise en oeuvre des actions correctives.</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 est informé par courrier de l'enregistrement de sa plainte, et du suivi de celle-ci. La CRU a connaissance de l'ensemble du traitement.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations incluant le suivi du délai de réponse au plaignant contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les délais de réponse aux plaintes et réclamations sont évalués. Des actions d'amélioration formalisées ne sont pas mises en oeuvre à ce jour, les actions d'amélioration sont ponctuelles et personnalisées en fonction de la plainte ou réclamation.</p>

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

### Critère 9b

#### Evaluation de la satisfaction des usagers

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
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	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre au niveau des secteurs d'activité et font l'objet d'un suivi.	Partiellement	
La politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est revue à partir des résultats de l'évaluation.	Non	

## CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT

# **PARTIE 1. DROIT ET PLACE DES PATIENTS**

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10a-SM

#### Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

#### COTATION

#### B

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

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

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10b-SM

#### Respect de la dignité et de l'intimité du patient

#### COTATION

**B**

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

**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 10c-SM

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

**COTATION**

**B**

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

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

## Référence 10 : La bienveillance et les droits

### Critère 10d-SM

#### 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.	Non	
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.

Non

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10e-SM

#### Gestion des mesures de restriction de liberté

#### COTATION

**B**

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

Les projets médicaux, et/ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation de contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.)

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

Les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrant la réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient.

En grande partie

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

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

### Critère 11a-SM

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

#### COTATION

#### B

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

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

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

### Critère 11b-SM

#### Consentement et participation du patient

#### COTATION

#### B

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

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

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

### Critère 11c-SM

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

#### COTATION

**B**

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

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

### Critère 12a-SM

#### Prise en charge de la douleur



### COTATION

**D**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	En grande partie	La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée en concertation avec le CLUD. Elle ne concerne pas l'ensemble des secteurs d'activité.
Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins sont définis.	Partiellement	Un protocole de prescription par les infirmiers Douleur Paracétamol a été élaboré en collaboration avec le Comedims, suite aux recommandations de bonne pratique, et adaptation à la douleur pour les patients du CPN.  D'autres protocoles sont en cours de rédaction.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	En grande partie	Des formations annuelles Douleurs-symptômes gênants et psychiatrie sont mises en oeuvre dans l'établissement. Des infirmières référentes douleur ont pour mission de former en interne le personnel, mais une organisation de ces formations n'est pas encore définie à ce jour.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Partiellement	Une fiche conseil "J'ai mal" est un support mis à disposition des patients, dans le cadre de l'éducation du patient. La mise en place de l'éducation du patient dans tous les secteurs est inégale.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	La mesure initiale de la douleur est tracée dans le dossier, mais pas la réévaluation de la douleur.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur, sans évaluation systématique à l'aide d'outils spécifiques.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Non	Aucun moyen d'évaluation de la douleur pour patients non communicant n'est utilisé par les professionnels du CPN.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Partiellement	Des actions ponctuelles sont menées, mais il n'y a pas de structuration réelle de l'évaluation de la douleur.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Partiellement	La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur font partie des objectifs du CLUD. Le dispositif d'évaluation avec des objectifs définis, une périodicité définie et des outils n'est pas à ce jour structuré.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	Le CLUD a pour objectif des actions d'amélioration, mais il n'y a pas de démarche structurée des actions à mettre en place.

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

L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.

En grande partie

L'établissement participe à des partages d'expérience dans la région, en particulier dans le cadre de l'association des soins somatiques et psychiatriques.

## Référence 13 : La fin de vie



### Critère 13a-SM

#### Prise en charges et droits des patients en fin de vie

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

### COTATION

**C**

#### E1 Prévoir

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

#### Réponses aux EA

En grande partie

#### CONSTATS

La prise en charge des patients en fin de vie hospitalisés dans les unités est effective. Les services s'organisent afin de répondre au cas par cas aux besoins de leurs patients. L'organisation globale n'est ni définie et ni institutionnalisée. Cependant, les professionnels s'appuient sur une complémentarité avec des unités spécialisées relevant de l'UMP et du CHU. Les outils d'analyse relatifs au fonctionnement en place ne sont pas définis.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La volonté du patient psychiatrique en fin de vie est recueillie. La demande de maintien en hospitalisation dans le secteur de psychiatrie référent est prise en compte au sein des unités. Les volontés du patient sont recueillies, tracées dans le dossier patient ; elles sont connues et respectées par les professionnels. La procédure de recueil n'est cependant pas formalisée.</p>
<p>Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation et sur leur droit d'établir des directives anticipées.</p>	<p>Non</p>	<p>L'établissement n'a pas formalisé de procédure d'information écrite pour le patient concernant son droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien de vie dans cette situation spécifique.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La démarche palliative est mise en oeuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les unités mettent en place des démarches de soins palliatifs personnalisées à chaque patient. Ces démarches ponctuelles sont menées de manière pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires. Elles induisent une implication des professionnels dans l'accompagnement du patient et de sa famille.</p>
<p>Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les acteurs de soins disposent d'informations parcellaires concernant les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives aux droits des patients en fin de vie. Ces informations peuvent émaner de référents soins palliatifs dont l'EMSP.</p>
<p>L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.</p>	<p>Non</p>	<p>L'intervention des associations d'accompagnement et des bénévoles n'est pas effective. Les professionnels de psychiatrie assurent cet accompagnement.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en oeuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des réunions de concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire permettent d'assurer la coordination de la prise en charge des patients en situation de fin de vie. Les décisions sont tracées dans le dossier patient informatisé. L'établissement n'a pas établi de dispositif spécifique. Les situations sont appréhendées au cas par cas.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'établissement s'appuie sur un dispositif d'évaluation pluriprofessionnel informel.</p>
<p>Les secteurs d'activité les plus concernés mettent en place une réflexion sur les situations d'obstination déraisonnable et la limitation ou l'arrêt de traitements à visée curative.</p>	<p>NA</p>	

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

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.

Partiellement

Les professionnels mettent en place des actions concernant l'amélioration du confort du patient en fin de vie et la prise en charge de sa douleur. Il n'existe pas de plan d'amélioration institutionnel, ni de suivi d'indicateurs.

## PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT

## Référence 14 : Le dossier du patient

### Critère 14a-SM

#### Gestion du dossier du patient



### COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	Le dossier patient unique est informatisé. Le logiciel dispose d'un guide d'utilisation et de tenue qui est régulièrement mis à jour par un groupe de travail pluridisciplinaire.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.	Oui	Le dossier comprend les données issues des consultations et hospitalisations antérieures. Les règles d'accès aux professionnels habilités sont formalisées, diffusées et actualisées dans le guide de tenue du dossier patient.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Tous les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile et assurent la continuité de la prise en charge.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La communication du dossier avec les correspondants externes, médecins de ville, services de soins à domicile ou autres, est assurée. Toutefois, la lettre de sortie au médecin traitant ne respecte pas toujours le délai réglementaire de huit jours.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'évaluation de la gestion du dossier patient a fait l'objet d'audits internes réguliers jusqu'en 2006.</p> <p>Dans l'attente d'un nouvel audit les professionnels peuvent utiliser les outils du logiciel. Ils bénéficient aussi des actualisations du guide de tenue du dossier.</p>
<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Dans la mesure où aucun audit n'a été mené depuis 2006 ,seules quelques ajustements ponctuels ont été faits.</p>

## Référence 14 : Le dossier du patient

### Critère 14b-SM

#### Accès du patient à son dossier



#### COTATION

**C**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'accès du patient à son dossier est organisé.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est informé des droits d'accès à son dossier par le livret d'accueil, par des informations orales délivrées au cours de son hospitalisation par les soignants et par le site internet de l'établissement.  Les professionnels disposent d'un guide dans leur documentation.

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

L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.

En grande partie

La cellule qualité et gestion des risques répond systématiquement dans des délais compatibles avec les besoins du patient à toutes les demandes ; elle essaie de respecter les délais réglementaires mais il lui arrive de privilégier certaines demandes particulières pour les dossiers de moins de cinq ans dans l'intérêt des patients.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les délais de transmission sont envoyés annuellement aux praticiens hospitaliers dans le bilan de la cellule qualité et gestion des risques.</p> <p>Toutefois aucun plan d'amélioration n'est élaboré. La cellule qualité mène quelques actions ponctuelles de relance auprès des services par exemple.</p> <p>Les délais pour les dossiers de plus de 5 ans sont globalement respectés à l'inverse de ceux pour les dossiers de moins de 5 ans.</p>
<p>La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La CRU est trimestriellement informée.</p> <p>Toutefois, elle ne formule pas d'action d'amélioration.</p>

## Référence 15 : L'identification du patient

### Critère 15a-SM

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



#### COTATION

**A**

#### 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

La Politique d'identification est formalisée. L'établissement dispose de deux instances impliquées dans le processus d'identification et de suivi du patient tout au long de ses hospitalisations. L'organisation en place s'appuie sur une autorité de gestion administrative qui participe à la définition de la politique d'identification, veille à l'allocation des moyens, au contrôle de conformité et à la conception des indicateurs qualité. Une cellule d'identito-vigilance a pour mission de faire le lien, d'en assurer la mise en oeuvre, de gérer les dysfonctionnements, de suivre les indicateurs et les tableaux de bord. L'établissement dispose d'une Charte d'identification du patient et des mouvements depuis 2007, celle-ci est réactualisée régulièrement et fixe les règles de vérification de l'identification. Des procédures d'identification du patient permettent un suivi sécurisé de son parcours, la création d'une IPP, de surveiller les doublons et de les fusionner. Les outils de suivi sont déployés auprès des professionnels concernés.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les personnels de l'accueil administratif ont bénéficié de réunions formatives et informatives ainsi que les cadres de santé positionnés au bureau d'accueil permanent. Des actions de sensibilisation et de formation sont réalisées régulièrement auprès des professionnels. Les services de consultation ont fait l'objet d'un accompagnement plus ciblé quant à la démarche de vérification d'identité. Les patients sont sensibilisés par voie d'affichage.</p>
<p>Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les personnels de l'accueil administratif effectuent une vérification journalière de l'identité des patients, des créations des séjours et mouvements des patients réalisés dans les différents secteurs d'activité.</p>

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<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>Oui</p>	<p>Les professionnels sont sensibilisés à la vérification de la concordance entre l'identité du patient, la prescription des actes et la bonne identité relevée sur l'étiquette patients. Les anomalies sont transmises au groupe chargé de l'identitovigilance. Les secrétaires effectuent des contrôles qualité des dossiers toutes les six semaines.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'Autorité de gestion de l'identification est en charge du contrôle de la conformité et de la conception des indicateurs de suivi. Des tableaux de suivi et indicateurs permettent d'objectiver la fiabilité de l'identification du patient durant sa prise en charge. Ils sont analysés et diffusés trimestriellement. Les types d'anomalies sont identifiés, quantifiés par secteur, par pôle et permettent d'apporter les actions correctives inscrits dans des plans d'action.</p>

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

## Référence 16 : L'accueil du patient

### Critère 16a-SM

#### Dispositif d'accueil du patient

#### COTATION

#### A

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le temps d'attente prévisible est annoncé.	En grande partie	La démarche d'annonce des temps d'attente est prise en compte dans les structures extrahospitalières pour lesquelles l'accueil et la convivialité constituent une des spécificités de la psychiatrie. Cependant, le déploiement de la démarche d'annonce des temps d'attente n'est pas généralisé. Ce critère a fait l'objet d'une EPP menée en Pédopsychiatrie. Il ne fait pas l'objet d'un suivi harmonisé auprès de l'ensemble des unités pouvant être directement impliquées (lieux d'accueil en urgences..).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	Oui	

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

### Critère 17a-SM

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

#### COTATION

#### A

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

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

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

### Critère 18a-SM

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

#### COTATION

#### A

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

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

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

### Critère 18b-SM

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

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	En grande partie	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	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 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes âgées

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

**B**

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

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

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

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

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La sensibilisation/formation auprès 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.	En grande partie	

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

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les enfants et adolescents

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

**B**

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

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

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

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

**COTATION**

**B**

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

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

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes démunies

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

**COTATION**

**B**

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

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

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes détenues

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

**A**

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

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

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19b-SM

#### Troubles de l'état nutritionnel



### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.	En grande partie	Le poids est systématiquement tracé à l'admission dans le dossier informatisé, l'IMC ne peut être tracée systématiquement (une adaptation du système informatique est nécessaire). La systématisation de la traçabilité fait l'objet d'un objectif du CLAN.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19c-SM Risque suicidaire

#### COTATION

**B**

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

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

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19d

#### Hospitalisation sans consentement

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

#### COTATION

#### A

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

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

## Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20a-SM

#### Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient



### COTATION

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.	Oui	La politique d' amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, en concertation avec les professionnels est formalisée, intégrée au projet d'établissement 2007-2011.  La généralisation de la distribution journalière nominative par l'acquisition d'un automate fait partie de cette politique.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.	Oui	Le projet d'informatisation est un projet finalisé et mis en oeuvre depuis 2004, intégré au système d'information hospitalier.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	La prescription est informatisée pour l'ensemble des prescripteurs. Les règles de prescription sont en place ( prescription initiale, rajout, modification), les supports sont validés.
Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les outils d'aide (livret thérapeutique) sont actualisés, validés et mis à disposition des professionnels.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	La continuité du traitement est organisée de l'admission jusqu'à la sortie, il existe une règle de gestion du traitement personnel du patient, connue et appliquée par le personnel.
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Oui	L'établissement a mis en place une organisation pour assurer la sécurisation de la dispensation : validation des prescriptions, acheminement sécurisé vers les unités de soins, stockage sécurisé, règles d'approvisionnement en urgence, règles d'administration.
Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles d'administration sont définies, la traçabilité n'est pas réalisée à l'instant mais à postériori sur le PC informatique dans les unités de soins.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels sont réalisées régulièrement. Un bulletin d'information pharmaceutique est diffusé régulièrement aux professionnels.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation est mise en oeuvre dans tous les secteurs d'activité depuis 2004.
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les règles de prescription sont mises en oeuvre (prescription initiale, rajout, modification), les supports sont validés.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	Les prescriptions sont validées à l'aide du logiciel informatique, la délivrance journalière nominative est effective dans la plupart des secteurs.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les professionnels ont rédigé des fiches conseil, destinées au patient, pour certains médicaments. Des ateliers thérapeutiques sont mis en place récemment par le pharmacien.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.	NA	

**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

La pharmacie a mis en place des audits avec l'aide de la MEAH sur le circuit du médicament : prescription, validation pharmaceutique, dispensation, administration. Lors des contrôles des armoires de pharmacie des UF, un audit sur la préparation et l'administration des médicaments est réalisé. Des indicateurs sont calculés. Ils figurent dans le compte-rendu de la visite.

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

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

Oui

L'établissement a signé l'accord cadre relatif au bon usage des antibiotiques en 2006. Des actions sont menées pour améliorer les prescriptions des antibiotiques telles que l'élaboration et la diffusion des bonnes pratiques de prescription des antibiotiques rassemblées dans un guide d'antibiothérapie interne à l'établissement. Depuis 2003, toutes les prescriptions d'antipsychotiques de seconde génération sont analysées par les pharmaciens. Ils font référence aux RMO et aux conférences de consensus. Une réflexion est menée par la COMEDIMS permettant de faire évoluer cette étude sur la pertinence des prescriptions d'antipsychotiques de seconde génération. Elle fait l'objet d'une EPP. Des actions visant le bon usage du médicament sont mises en oeuvre par la sous-commission Qualité, Gestion des Risques et Vigilances.

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses suit le circuit de déclaration des évènements indésirables dans le logiciel COVIRIS.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.	En grande partie	Des CREX sont mis en oeuvre suite à certaines erreurs médicamenteuses : choix de l'évènement à étudier, restitution de l'analyse de l'évènement, suivi des actions d'amélioration.

## Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20b-SM

#### Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une réflexion est menée dans l'établissement sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.	Non	Un guide de bonne prescription chez le sujet âgé est en cours d'élaboration dans l'établissement. Il n'existe pas à ce jour.
Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Oui	Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels sont réalisées régulièrement. Un bulletin d'information pharmaceutique est diffusé régulièrement aux professionnels.

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	Partiellement	Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre, leur suivi n'est pas encore réalisé.

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

### Critère 21a-SM

#### Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les laboratoires de biologie médicale (y compris coopération et sous-traitance).	En grande partie	Des règles de fonctionnement sont définies dans une convention formalisée avec le laboratoire sous-traitant. Il n'y a pas de réelle concertation avec les secteurs d'activité clinique.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la prescription et au prélèvement, actualisés et validés, sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	Les demandes sont identifiées, datées et signées, la prescription est connectée, et se fait en liaison avec le système informatique central. La mise en place de la prescription connectée est très récente.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Tout résultat demandé en urgence et tout résultat anormal est communiqué par appel téléphonique au bureau de Permanence de l'Encadrement des activités de soins. Les délais hors urgence répondent de façon plus ou moins satisfaisante aux besoins des utilisateurs.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Non</p>	

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

### Critère 21b

#### Démarche qualité en laboratoire

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

#### COTATION

**NA**

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

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

### Critère 22a-SM

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

#### COTATION

**B**

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

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

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

### Critère 22b

#### Démarche qualité en service d'imagerie

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

#### COTATION

NA

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

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

### Critère 23a-SM

#### Education thérapeutique du patient

#### COTATION

**B**

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

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

Partiellement

Des démarches d'éducation thérapeutique structurées sont intégrées progressivement dans les prises en charge des patients. Les maladies ou situations nécessitant ce type de prise en charge sont en partie identifiées au niveau des différents secteurs et également en fonction de filières de prise en charge des patients. Cependant, l'approche institutionnelle et transversale de la démarche d'éducation thérapeutique n'est pas finalisée.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les modalités de coordination entre les différents professionnels concernés entre secteurs intrahospitaliers, secteurs extrahospitaliers et professionnels des réseaux sont en cours de formalisation. Un groupe institutionnel pluriprofessionnel et plurisectoriel éducation thérapeutique animé par un cadre soignant a pour mission de dresser un état des actions menées et de réfléchir autour d'une démarche institutionnelle coordonnée.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des activités d'éducation thérapeutique impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les représentants des patients sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	
<p>Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP.</p>	<p>Oui</p>	
<p>Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.</p>	<p>En grande partie</p>	

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

## Référence 24 : La sortie du patient

### Critère 24a-SM Sortie du patient



#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La sortie ou le transfert du patient est organisé en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient.	Oui	
Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.) lorsque la situation le nécessite.	Oui	
Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.	Oui	
Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Non	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	

## **PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES**

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



### Critère 25a

#### Prise en charge des urgences et des soins non programmés

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

### COTATION

NA

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

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

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

Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers, et mises en oeuvre.

NA

## Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle



### Critère 26a

#### Organisation du bloc opératoire

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

#### COTATION

NA

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

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

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

## Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

### Critère 26b-radiothérapie

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

#### COTATION

NA

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

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

## Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

### Critère 26b-médecine nucléaire

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

#### COTATION

NA

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

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

## Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

### Critère 26b-salle de naissance

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

#### COTATION

NA

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

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

## Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

### Critère 26b-techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

#### COTATION

NA

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

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

## Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

### Critère 26b-électroconvulsivothérapie

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

#### COTATION

NA

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

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

## Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

### Critère 26b-endoscopie

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

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

#### COTATION

NA

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

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

## Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

### Critère 26c

#### Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

#### COTATION

NA

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

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

Les activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.

NA

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

### Critère 27a

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

#### COTATION

NA

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la continuité des soins est organisé entre secteurs de soins de suite et réadaptation, activité clinique, médicotechnique, technique et logistique.

NA

#### 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.

NA

**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.

NA

## **PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28a

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

#### COTATION

C

#### E1 Prévoir

Les différents secteurs d'activité clinique ou médicotechnique organisent la mise en oeuvre des démarches EPP.

#### Réponses aux EA

En grande partie

#### CONSTATS

Le tableau de bord présenté aux experts comporte 14 démarches.

-Ces dernières sont déclinées par pôle, tous les pôles sont concernés. Deux d'entre eux n'organisent qu'une seule démarche.

-Le déploiement est prévu aussi par type de populations prises en charge (psychiatrie adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie des personnes âgées, soins aux détenus, soins somatiques aux malades mentaux).

- Modalités de prise en charge (soins intra hospitaliers, soins ambulatoires)

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	NA	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.	En grande partie	<p>Deux pôles sur les cinq, développent plusieurs démarches ayant atteint ou dépassé l'étape 3.</p> <p>Deux pôles développent chacun une seule démarche EPP dont une est au stade de l'initiation.</p>
L'engagement de tous les professionnels est effectif.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	Partiellement	Des actions ponctuelles de communications ont été faites auprès de professionnels par certains pilotes de démarches EPP.  Il n'y a pas de communication institutionnelle organisée sur les résultats.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Partiellement	Les auteurs de l'EPP portant sur les prescriptions d'antipsychotiques initient une mesure d'impact de leur démarche sur leurs pratiques.
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique évaluent l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Non	Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique n'évaluent pas l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion des professionnels.

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28b

#### Pertinence des soins

#### COTATION

**B**

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

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

Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique assurent le suivi des actions d'amélioration et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.

Partiellement

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28c

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



### COTATION

**D**

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.

Partiellement

Les professionnels ont identifié certains indicateurs (relatifs aux délais d'accès aux CMP, à l'IMC aux prescriptions de d'antipsychotiques).

Cependant, l'établissement n'a pas mené de démarche structurée pour l'identification des indicateurs de pratique clinique relatifs à ses activités.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	Partiellement	<p>Les professionnels recueillent un indicateur relatif aux délais d'accès aux CMP.</p> <p>Cependant, Il n'y a pas de dispositif structuré de recueil et d'analyse des indicateurs.</p>
Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	Partiellement	Une action d'amélioration a été mises en oeuvre dans l'évaluation des pratiques portant sur les délais d'attente des CMP (réorganisation des modalités du premier entretien). La démarche n'est pas étendue à l'ensemble des professionnels concernés.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	Non	L'établissement ne révisé pas régulièrement la liste des indicateurs analysés.

## 6. BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE