



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that spans across the width of the page, starting from the left edge and ending at the right edge, curving downwards in the center.

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES

10, rue de la Charité - BP 190 - 52206 LANGRES

JANVIER 2011

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	8
2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	18
1. Niveau de certification	13
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	14
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	15
4. Critères investigués lors de la visite de certification	16
5. Suivi de la décision	17
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	19
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	21
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	22
3. Regard Patient	23
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	24
5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITÈRE	28
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT	29
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE	30
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCE	49
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS	76
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	97
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	98

PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT	133
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	148
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	207
PARTIE 5. EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	229
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	234
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	237

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 :

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

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

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES

Adresse : 10, rue de la Charité - BP 190 - 52206 LANGRES

Site internet de l'établissement : secretariat.direction@ch-langres.fr

Statut : Public

Type d'établissement : CH

Type de Prise en charge	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places en ambulatoire
MCO	80	4
SM	0	0
SSR	21	0
SLD	0	0
HAD	0	0

Nombre de sites :	Un site
Activités principales :	Médecine Gynécologie-Obstétrique SSR polyvalent Accueil et traitement des urgences Traitement du cancer par chimiothérapie

<p>Activités de soins soumises à autorisation :</p>	<p>Activités de chirurgie cancérologique gynécologique et de chimiothérapie.</p> <p>SSR polyvalent</p> <p>Accueil et traitement des urgences</p>
<p>Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité :</p>	<p>Aucun</p>
<p>Coopération avec d'autres établissements (Principales conventions, réseaux, GCS) :</p>	<p>Le GCS Pôle cancérologique du Sud Haut Marnais regroupant le Centre Hospitalier (CH) de Langres, la Clinique de la Compassion de Langres, le Centre Hospitalier de Chaumont et la Clinique Médico-chirurgicale de Chaumont est constitué depuis 2008. Il a été réactivé en septembre 2009 (autorisation du SROS) et sa mise en oeuvre date de mai 2010.</p> <p>Le secteur opératoire est géré par un GIE constitué du CH Langres et de la Clinique de la Compassion. Le scanner est géré par un GIE constitué par le CH Langres, la Clinique de la Compassion et la SELARL de Radiologie.</p> <p>L'imagerie conventionnelle est concédée à cette SELARL.</p> <p>Le CH de Langres est en réseaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> -avec le CH de Chaumont pour la néo-natalité, pour la stérilisation des Dispositifs Médicaux (DM), pour le transfert des patients de l'Unité de Soins Continus (USC) en service de réanimation, pour les examens de biologie médicale et d'analyse des eaux, pour l'intervention des médecins urgentistes au centre 15 -avec le CHU de Dijon pour la cardiologie, -avec le CHU de Reims pour la neurologie, -avec les CHU de Nancy, Reims et Dijon pour la pédiatrie, -avec l'hôpital local de Bourbonne les Bains pour la rééducation fonctionnelle, la Formation Médicale Continue (FMC), la pharmacie, les consultations avancées (mémoire et cardiologie) -avec le Centre hospitalier de la Haute-Marne pour la psychiatrie de liaison -avec le Centre Georges François Leclerc de Dijon pour la cancérologie et l'oncologie, -avec RECAP, ONCOBOURGOGNE, ONCOCHA, ADDICTA, CAREDIAB, REGECA et RESURCA.

Réorganisation de l'offre de soins

Regroupement / Fusion :	Depuis le 01/04/1997 existence d'un protocole d'accord avec la Clinique de la Compassion (Création d'un Pole de Santé par partage d'activités et création d'un GIE).
Arrêt ou fermeture d'activités :	0
Créations d'activités nouvelles ou reconversions :	Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)

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 recommandations.

Décisions

Recommandations

- 1b (Engagement dans le développement durable) ;
- 8b (Fonction "gestion des risques"); 8d (Evaluation des risques a priori) ;
- 10e-MCO (Gestion des mesures de restriction de liberté) ;
- 15a-MCO (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge); 15a-SSR (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) ;
- 20a-MCO (Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient); 20a-SSR (Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;
- 22a-MCO (Demande d'examen et transmission des résultats); 22a-SSR (Demande d'examen et transmission des résultats).

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, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé . L'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

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

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

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du [28 septembre](#) au [1er octobre 2010](#).

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

MANAGEMENT STRATEGIQUE

1b, 1c, 1f, 2e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

4a, 4b, 5a, 7b, 7e

MANAGEMENT DE LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10a-MCO, 10a-SSR, 10e-MCO, 10e-SSR, 11b-SSR, 12a-MCO, 12a-SSR, 13a-MCO, 13a-SSR

GESTION DES DONNEES DU PATIENT

14a-MCO, 14a-SSR, 14b-MCO, 14b-SSR, 15a-MCO, 15a-SSR

PARCOURS DU PATIENT

16a-SSR, 18a-SSR, 19a-les personnes âgées, 19a-les enfants et adolescents, 19b-MCO, 19b-SSR, 20a-MCO, 20a-SSR, 22a-MCO, 22a-SSR, 24a-MCO, 24a-SSR

PRISES EN CHARGE SPECIFIQUE

25a, 26a, 26b-salle de naissance

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28a, 28b, 28c

5. Suivi de la décision

L'établissement a la possibilité de lever tout ou partie de ses recommandations avant la prochaine itération par le biais d'un rapport de suivi dans un délai de **12** mois.

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

3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

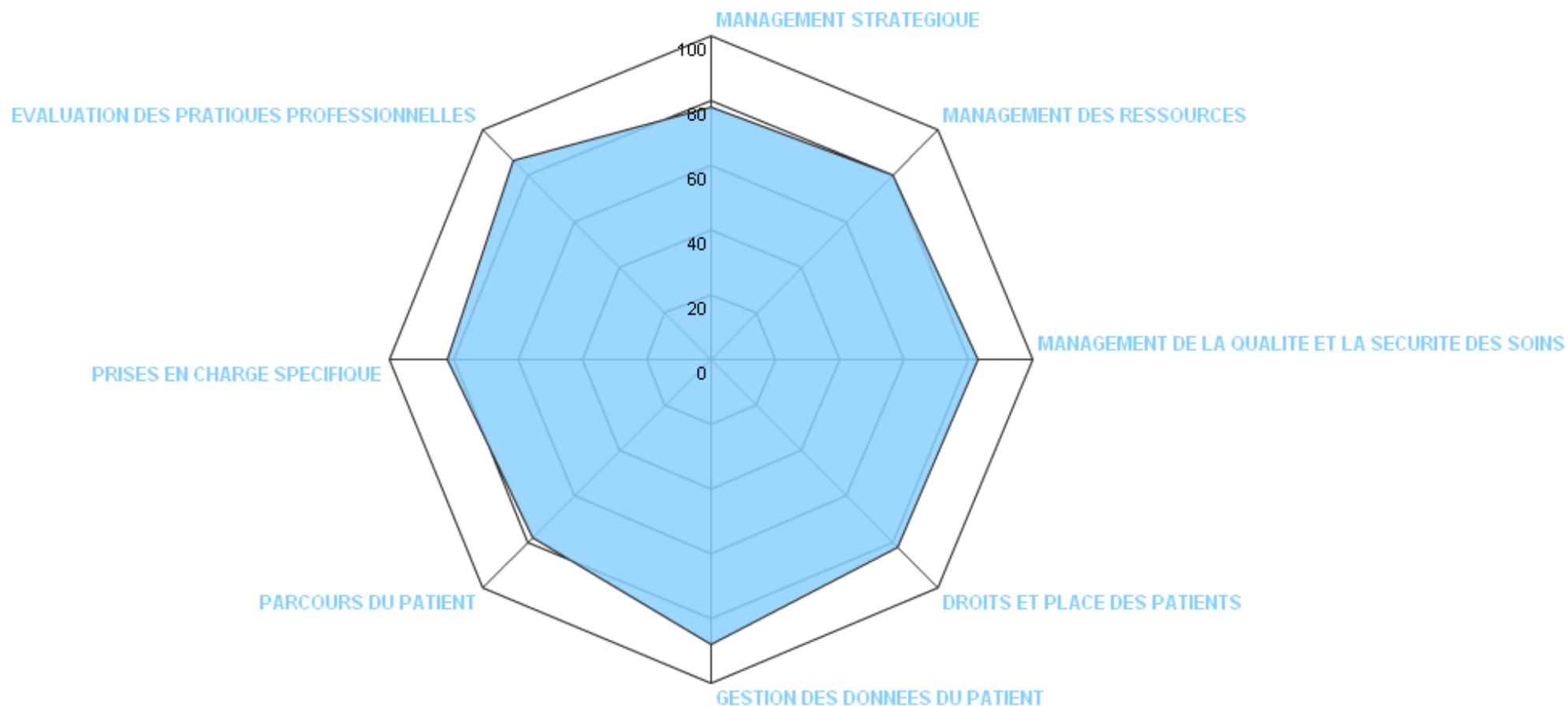
Le troisième graphique présente, sous forme d'histogramme, les scores obtenus sur des critères sélectionnés par les représentants des associations d'usagers comme répondant à des attentes prioritaires en matière de prise en charge du patient :

- 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),

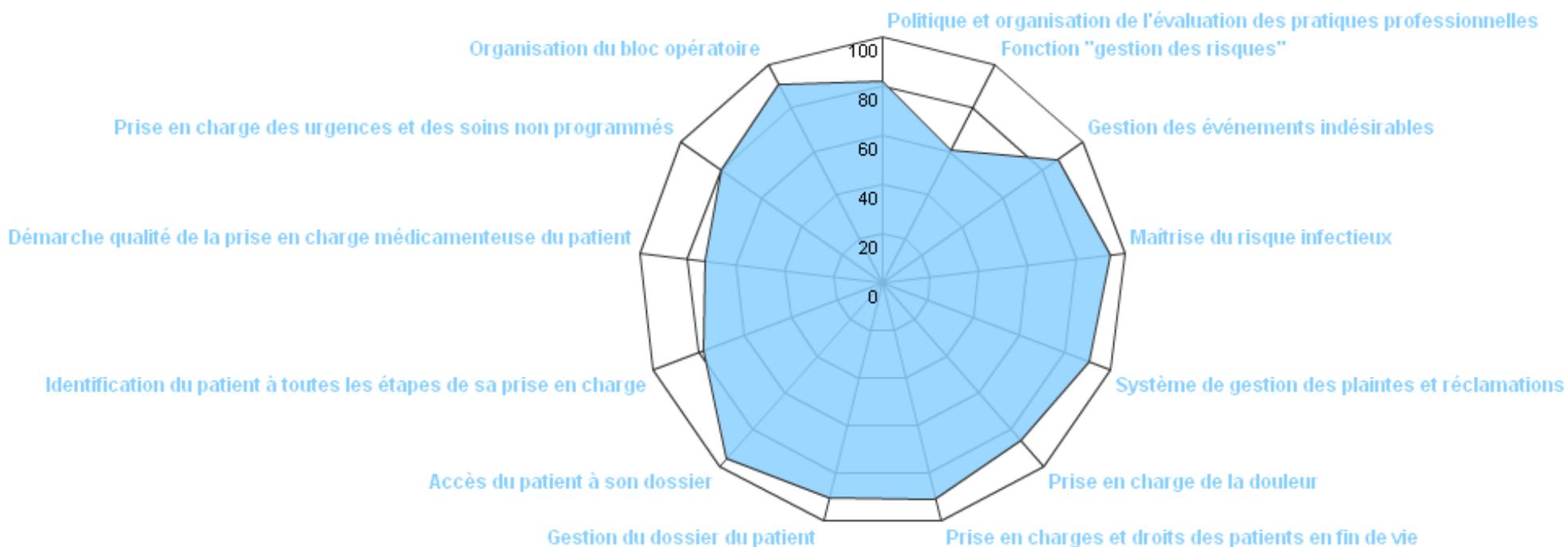
Lorsque l'établissement comprend plusieurs types de prise en charge, le graphique présente le résultat obtenu pour chacun de ces critères et pour chacune des prises en charge.

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

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

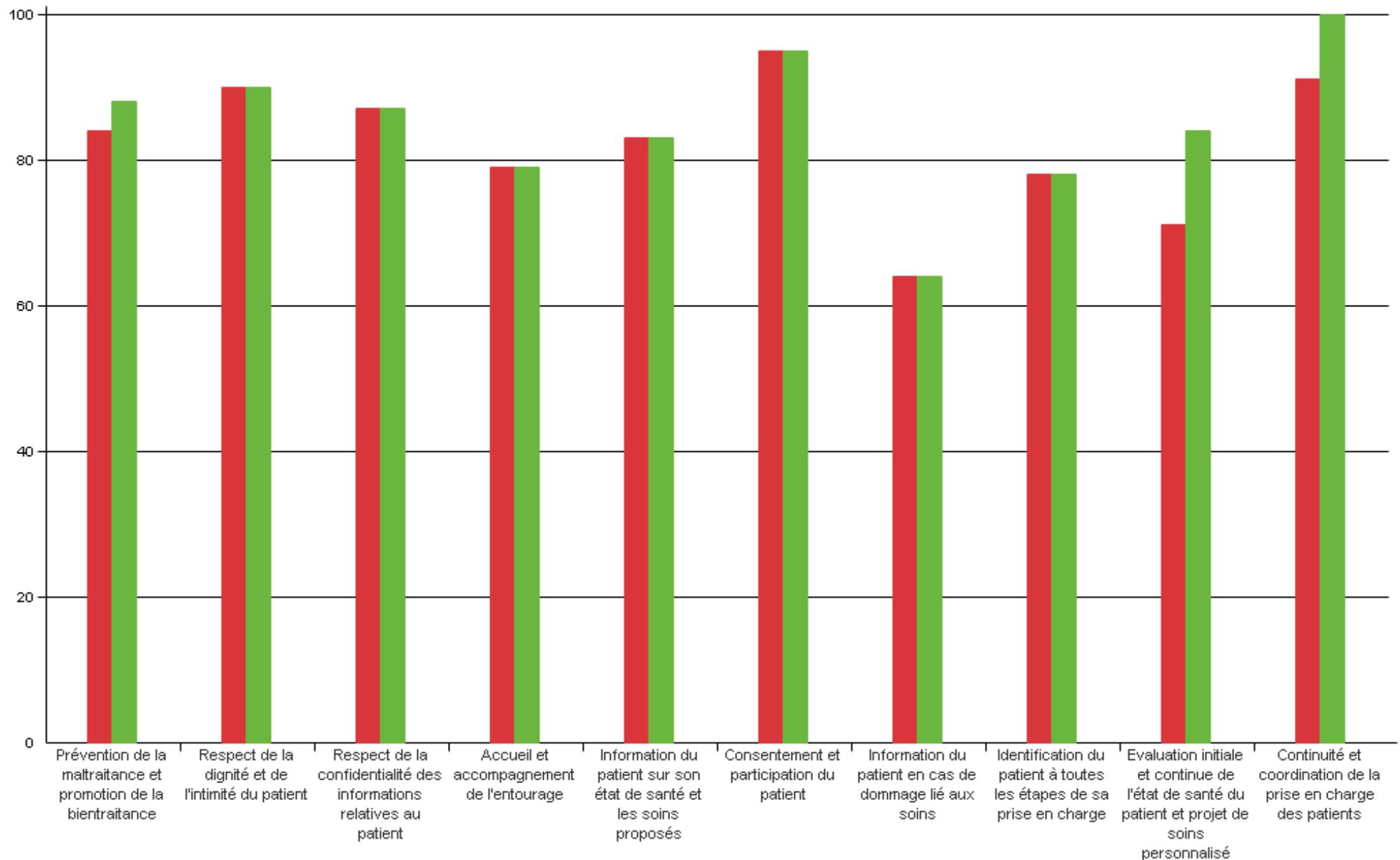


2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires



3. Regard Patient

MCO SSR



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
Type 1 : Mettre en place de manière effective la Commission de relations avec les usagers (2b)	Oui	La CRU est en place de manière effective depuis 2007 et édite un rapport annuel.
Type 1 : Définir et mettre en oeuvre une politique de communication (5a, 5b, 5c)	Oui	Les règles de communication interne et externe sont définies. La formalisation de la politique de communication a été rédigée depuis l'auto-évaluation. Cette politique s'appuie notamment sur le développement progressif de nouveaux outils de communication (logiciel de gestion documentaire, site internet, visioconférence...), d'événementiel (journées portes ouvertes...), des publications dans la presse. Elle s'appuie également sur la nomination d'un référent communication qui est le RAQ.
Type 1 : Mettre en place des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels, tout en organisant des exercices de simulation (14e, 14f)	Oui	Le plan blanc et les autres plans d'urgence (canicule, pandémie grippale, grand froid) sont formalisés. La cellule de crise est unique pour le pôle de santé Langrois. Des fiches réflexe ont été rédigées et des réunions d'information/formation sur les principales modalités de déclenchement d'un plan blanc ont été assurées pour tous les professionnels. Des exercices de simulation avec retour d'expériences ont été effectués en décembre 2008 et en septembre 2009.

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Type 1 : Renforcer la confidentialité des informations relatives au patient dans l'ensemble des secteurs (26a)</p>	<p>Oui</p>	<p>La confidentialité des informations relatives au patient a été renforcée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'utilisation de pochettes opaques pour le transport de documents (radiographies, dossiers) - le remplacement des portes des chambres des services de soins (portes sans oculus) -l'aménagement des secrétariats de consultations (salle d'attente isolée, sas de confidentialité, bandes de confidentialité) -la suppression des planifications murales dans les salles de soins depuis l'informatisation des planifications des soins -la mise en place de profils utilisateurs définis pour les accès aux applications informatiques contenant des données nominatives patients
<p>Type 1 : Systématiser la traçabilité de la réflexion bénéfices-risques à l'ensemble des actes le nécessitant (29d)</p>	<p>En cours</p>	<p>L'ES a mis en place un groupe de travail médecins-soignants qui a identifié les actes nécessitant une traçabilité de la réflexion bénéfique risque. Il est prévu de les intégrer sous forme de tableau dans le dossier de soins. En médecine, la réflexion bénéfique/risque n'est pas formalisée dans le cadre d'un projet de soins personnalisé. En SSR la réflexion bénéfique/risque apparaît dans le projet de soins personnalisé.</p>
<p>Type 1 : Formaliser les modalités d'information du patient et leur traçabilité lors de la survenue d'un événement indésirable (31f)</p>	<p>Oui</p>	<p>Le président de CME, membre du COPIL, a participé à une formation sur l'information du patient en cas d'évènement grave lié aux soins. Il a effectué une sensibilisation auprès des médecins en CME. Une procédure rédigée par le corps médical formalise les modalités d'information du patient en cas d'évènements indésirables graves (EIG). En cas d'EIG, une information orale est délivrée au patient et/ou à son entourage par le médecin. Cette information est reprise dans le courrier de sortie.</p>

APPRECIATION DE L'ARS

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Type 1 : Mettre en place des formations incendie actualisées, à périodicité définie, pour l'ensemble du personnel (19b)</p>	<p>Oui</p>	<p>Un formateur interne qualifié assure des formations incendie actualisées pour l'ensemble du personnel depuis 2008. Cette formation est reconduite systématiquement annuellement. L'ensemble du personnel a été formé sur les deux premières années, et un nouveau programme de formation, axé sur les évacuations horizontales, est en cours de déploiement. Pas d'observations de l'ARS.</p>

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1a

Valeurs, missions et stratégie de l'établissement

COTATION

B

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

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

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1b

Engagement dans le développement durable

COTATION

D

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.	Non	L'établissement dispose d'un état de sa consommation énergétique établi par un bureau d'étude, et d'un suivi de consommation par son prestataire. Au sens du Grenelle de l'environnement, aucun diagnostic développement durable (DD) n'a été pour l'heure établi.
Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.	Non	Faute d'orientations stratégiques à jour, il n'est pas retrouvé de volet développement durable à ce niveau.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie liée au développement durable est déclinée dans un programme pluriannuel.	Non	Il n'existe pas de programme pluriannuel.
Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	Partiellement	Les secteurs producteurs de déchets à risque ont mis en place des procédures spécifiques prenant en compte cette dimension (laboratoire, unité de reconstitution des cytotoxiques). Au laboratoire de biologie le choix des nouveaux matériels prend en compte l'élimination (ou le traitement) des effluents. L'utilisation de réactifs écologiques est privilégiée. Le personnel a été sensibilisé au tri sélectif des déchets. Les autres thèmes du DD n'ont pas été abordés. En absence d'objectifs en terme de DD, le personnel est informé de manière ponctuelle sur les quelques actions mises en oeuvre.
L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Non	En absence d'objectifs en terme de DD, il n'est pas retrouvé de communication à ce niveau.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Non	En absence de programme pluriannuel, il n'y a ni suivi, ni réajustements.

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1c

Démarche éthique

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels ont accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.	En grande partie	
Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.	Partiellement	L'ES a formalisé sa démarche éthique au travers d'un protocole de prise en charge médicale, afin d'aider à la prise de décision sur des situations extrêmes. L'aspect éthique des situations est abordé ponctuellement lors des réflexions pluridisciplinaires (CLUD, staffs médicaux...). Il existe un volet éthique dans le projet de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), mais pas au niveau des autres projets de l'ES.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.	En grande partie	
Les questions éthiques, se posant au sein de l'établissement, sont traitées.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un état des lieux des questions éthiques liées aux activités de l'établissement est réalisé.	Oui	

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1d

Politique des droits des patients

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).	Oui	
Des formations aux droits des patients destinées aux professionnels sont organisées.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'évaluation et d'amélioration en matière de respect des droits des patients sont mises en oeuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CRU.	En grande partie	

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1e

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

COTATION

B

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

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1f

Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	Il existe une stratégie de développement de l'EPP, elle est formalisée au niveau du volet qualité et sécurité des soins du CPOM de mars 2007. Elle est intégrée dans le PAQ 2006-2010. Les modalités de choix des thèmes sont fonction des enjeux de prise en charge et des enjeux des secteurs d'activité. Le nouveau programme EPP a été validé et complété par la CME après proposition de la cellule qualité. Il est suivi au travers du tableau de bord HAS des EPP. Tous les secteurs d'activité ont été intégrés au développement de l'EPP avec les moyens nécessaires à leur déploiement.
Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.	Oui	La concertation entre professionnels de santé et gestionnaires est régulière. Elle est réalisée au sein des différentes commissions, en particulier au niveau de la CME. Depuis mars 2010, une sous commission EPP est constituée afin de renforcer le dispositif. Cette sous commission est directement intégrée à la CME. Les avis qu'elle rend sont communiqués régulièrement à la CME, au Directeur, et au conseil d'administration.

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.	Oui	Les missions et les responsabilités relatives à l'organisation et au développement des EPP sont définies avec des fiches de missions pour le RAQ, les référents médicaux et para-médicaux EPP. Il existe un organigramme fonctionnel, des règlements intérieurs pour la sous-commissions EPP, la RMM, le staff-EPP et les RCP.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	L'accompagnement des professionnels est réalisé par le médecin coordonnateur des EPP, la cellule qualité et le groupe référent EPP. Tous les référents para-médicaux EPP ont été formés à la méthodologie de l'audit clinique.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP.	Partiellement	L'ES suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP par le biais du tableau de bord. Les démarches EPP en étape 4 et 5 permettent un suivi de l'impact sur les pratiques professionnelles en particulier pour les deux démarches retenues par les EV : douleur et troubles nutritionnels. Cependant les différentes actions d'améliorations mises en place ne comportent généralement pas d'échéancier ni la désignation d'un référent.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus par le biais des réunions (CME, CLUD, CLIN, CSIRMT, réunions d'encadrement, staffs hebdomadaires), le journal interne et intranet.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'établissement a identifié les instances auprès desquelles il rend compte des démarches EPP. Le bilan annuel des EPP est présenté en CME et CSIRMT, sur la base du tableau de bord mis en place. La revue annuelle du plan qualité présentée par la cellule qualité, intègre le suivi des EPP. Il est présenté aux instances (CA, CME, CTE, CSIRMT). Une synthèse du tableau de bord EPP est intégré au rapport d'activité et de gestion de l'année 2009. Les résultats en terme d'actions d'amélioration des pratiques sont communiqués lors des réunions du CLIN, du COMEDIMS et du CLUD en fonction des thématiques.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus.	Partiellement	Les EPP sont suivies régulièrement par la commission EPP de la CME et par la cellule qualité. Compte-tenu de l'état d'avancement inégal des EPP et du déploiement récent des démarches EPP au niveau de l'ensemble des secteurs d'activités, l'établissement (ES) n'a pas fixé de fréquence de révision. Néanmoins, l'ES a prévu de revoir annuellement le suivi des indicateurs de pratique clinique définis dans le programme qualité et de réaliser les ajustements nécessaires en terme d'amélioration et d'avancement des démarches d'EPP en fonction des résultats obtenus.

Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1g

Développement d'une culture qualité et sécurité

COTATION

A

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

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

Critère 2a

Direction et encadrement des secteurs d'activité

COTATION

B

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

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

Critère 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	

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

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

Critère 2c

Fonctionnement des instances

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leur compétence.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le fonctionnement des instances est évalué (bilan, programme d'actions, suivi des actions, etc.).	En grande partie	

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

Critère 2d

Dialogue social et implication des personnels

COTATION

A

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

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.	En grande partie	
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	Non	Il n'est pas retrouvé de stratégie de communication relative aux indicateurs, tant en interne qu'en externe.
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.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	En grande partie	
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.	Oui	

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

Référence 3 : La gestion des ressources humaines

Critère 3b

Intégration des nouveaux arrivants

COTATION

A

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

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.	Partiellement	
Le document unique est établi.	Oui	
Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.	En grande partie	
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	

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

Référence 3 : La gestion des ressources humaines

Critère 3d

Qualité de vie au travail

COTATION

B

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

Référence 4 : La gestion des ressources financières

Critère 4a

Gestion budgétaire

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et s'il y a lieu de recettes, selon une procédure formalisée.	En grande partie	
Ces objectifs tiennent compte des engagements pris dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement conduit une analyse des coûts dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les objectifs prévisionnels de dépenses et de recettes sont suivis infra-annuellement et donnent lieu si nécessaire à des décisions de réajustement.	Oui	

Référence 4 : La gestion des ressources financières

Critère 4b

Amélioration de l'efficience

COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement fixe chaque année des objectifs d'amélioration de l'efficience de ses organisations.	Partiellement	Des objectifs généraux d'amélioration de l'efficience, tels que l'équilibre budgétaire via le Plan de retour à l'équilibre, sont définis. Il n'y a pas d'autres objectifs définis en interne, et notamment dans les organisations par secteur.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement conduit des études et/ou des audits sur ses principaux processus de production.	Partiellement	Des études ponctuelles ont été conduites dans certains secteurs d'activité: restauration, stérilisation, service intérieur, transports sanitaires. En dehors de la participation à une étude Agence Nationale pour l'Aide à la Performance (ANAP) sur les urgences, ces études ne concernent pas le coeur de métier de l'hôpital, le soin.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les résultats des études et/ou des audits donnent lieu à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 5 : Le système d'information

Critère 5a

Systeme d'information

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un schéma directeur du système d'information est défini en cohérence avec les orientations stratégiques et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.	Non	Un volet informatique était contenu dans le dernier projet d'établissement 2003 - 2007. Un nouveau schéma directeur est en cours d'élaboration, qui devrait s'appuyer sur le résultat d'une évaluation vision du SI lancée en juin 2010. Au jour de la visite, il n'est donc retrouvé que des projets sectoriels (informatisation du circuit du médicament par exemple, ou Pastel pour l'application administrative).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.	Oui	
Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 5 : Le système d'information

Critère 5b

Sécurité du système d'information

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.).	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 5 : Le système d'information

Critère 5c

Gestion documentaire

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un dispositif de gestion documentaire est en place.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif est connu par les professionnels.	Oui	
Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.	En grande partie	
Le système de mise à jour des documents est opérationnel.	Partiellement	L'ES est en refonte de son système de gestion documentaire. Les nouveaux protocoles sont mis en place dans le SI et sont gérés informatiquement. Les protocoles papiers sont progressivement introduits dans le SI. Pour les protocoles papier non encore informatisés, ils sont rassemblés dans des classeurs de couleur différente dans les services en fonction des thématiques. Mais, ils sont rarement mis sous forme de documents qualité avec validation et signature.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6a

Sécurité des biens et des personnes

COTATION

A

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

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.	En grande partie	
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

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Il existe une organisation permettant dès l'admission du patient, de recueillir ses préférences alimentaires.	Partiellement	
Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les préférences des patients sont prises en compte.	En grande partie	
Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La satisfaction des consommateurs concernant la prestation restauration est évaluée et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6d Gestion du linge

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Le circuit du linge est défini.	Oui	
Les besoins par secteur sont quantifiés et incluent les demandes en urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.	Oui	
Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	Oui	
Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6e

Fonction transport des patients

COTATION

B

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

Référence 6 : La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6f

Achats écoresponsables et approvisionnements

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif en associant les utilisateurs	Oui	
La politique d'achat et de relations avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat écoresponsable.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	
L'établissement initie une démarche d'achat écoresponsable pour certains produits et/ou services	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.	Oui	

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

Critère 7a

Gestion de l'eau

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie et validée par l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	Oui	
La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un plan de maintenance préventif et curatif des installations élaboré avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) est mis en oeuvre.	En grande partie	
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.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un suivi des différents types de rejets est assuré.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
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

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

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

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

Critère 7c

Gestion de l'énergie

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un diagnostic énergétique est réalisé.	En grande partie	
Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un suivi périodique est réalisé.	Oui	
Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.	Non	

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

Critère 7d

Hygiène des locaux

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
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	NA	
Les responsabilités sont identifiées et les missions sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	Oui	
Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en oeuvre.	En grande partie	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

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

Critère 7e

Gestion des déchets

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
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	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le tri des déchets est réalisé.	Oui	
Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	En grande partie	Les mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets, mais le personnel de maintenance utilise des gants de protection non adaptés.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	En grande partie	Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés. Ainsi, le local de stockage centralisé des DASRI situé à l'extérieur est sécurisé, mais le local intermédiaire, situé dans les sous sols, n'est pas sécurisé.
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites .	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Oui	

PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA 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.	Partiellement	
Le programme est soumis aux instances.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	En grande partie	Les objectifs du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 2006-2010 sont fixés et les actions d'améliorations sont définies. Mais, pour ces dernières, il n'y a pas d'échéancier de suivi, ni d'indicateurs de suivi et/ou de résultats, ni de désignation de responsable des plans d'actions.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	



Critère 8b
Fonction "gestion des risques"

COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une fonction « gestion des risques » est définie dans l'établissement.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Il existe une fonction gestion des risques qui est associée à la fonction responsable qualité au sein d'une même fiche de poste. Elle est confiée au responsable qualité, membre de la cellule qualité et qui fait partie de l'équipe de Direction. Elle figure dans l'organigramme de l'ES. Au niveau institutionnel, les liens entre la fonction gestion des risques et les différents professionnels impliqués dans les fonctions qualité et gestion des risques sont structurés : animation d'une équipe de correspondants qualité et gestion des risques réunissant les responsables des différents secteurs d'activité (soins, technique, médico-technique, administratif) ; coordination des vigilances au sein du Comité des Vigilances (COVIR) et gestion des Evènements Indésirables (EI). Mais les missions spécifiques de cette fonction ne sont pas formalisées et le temps qui lui est imparti n'est pas quantifié ni planifié.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour des objectifs du programme de gestion des risques.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La fonction gestion des risques travaille en lien avec les différents secteurs opérationnels (soins, techniques, médico techniques, administratif) et avec les différents comités de l'ES impliqués dans les fonctions qualité et gestion des risques (COVIR, CHSCT, CLUD, CLIN, COMEDIMS, sous-commission EPP..). Il existe, pour chaque comité, un organigramme et un Règlement Intérieur (RI) précisant les missions des participants. Les personnes ressources des objectifs du programme gestion des risques sont identifiées et ont reçu une formation institutionnelle sur la gestion des risques. Cependant, si les objectifs du programme de gestion des risques se déclinent en actions, les responsabilités, délais et modalités de suivi ne sont pas identifiés pour chacune de ces actions.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le responsable qualité et gestion des risques est évalué annuellement par le Directeur de l'ES. Le programme qualité-gestion des risques est suivi par la cellule qualité et le COVIR. Mais, la fonction gestion des risques n'est pas évaluée en terme d'organisation et d'objectifs spécifiques.</p>

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

Critère 8c

Obligations légales et réglementaires

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.	Partiellement	
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.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement met en oeuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires en fonction du plan de priorisation.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La direction assure un suivi du traitement des non-conformités.	En grande partie	

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

Critère 8d

Evaluation des risques a priori

COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	En grande partie	
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	Partiellement	Pour les risques à priori identifiés, ils sont hiérarchisés selon une échelle de criticité. Mais le document unique n'intègre pas l'échelle de criticité. Et la cartographie des risques à priori étant en cours de formalisation, l'ensemble des risques ne peut à ce jour être hiérarchisé.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risque sont mises en place.	Partiellement	Quelques actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risque sont mises en place ponctuellement par les acteurs de terrain lorsque des risques sont identifiés.
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un suivi de la mise en oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	Partiellement	Le suivi de la mise en oeuvre des actions est assuré par la cellule qualité et les responsables concernés (COVIR, CLIN, CHSCT, Médecin du travail). Mais il n'est pas réalisé à périodicité définie.
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Partiellement	Un bilan annuel des actions est présenté dans le cadre du bilan qualité et gestion des risques. Mais il n'analyse pas l'efficacité des quelques actions mises en oeuvre.

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

Critère 8e

Gestion de crise

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les situations de crise sont identifiées.	Oui	
Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.	Oui	
Les plans d'urgence sont établis.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Une cellule de crise est opérationnelle.	Oui	
Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnelles.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'appropriation des procédures est évaluée suite à la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.	Oui	
Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.	Oui	



Critère 8f

Gestion des événements indésirables

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.</p>	<p>Oui</p>	<p>La fiche de signalement d'un évènement indésirable grave est opérationnelle depuis 2004. La fiche a été actualisée en mars 2009 et en avril 2010, elle intègre la notion de gravité et de fréquence. Son utilisation et son exploitation sont définies dans une procédure. La cellule qualité/gestion des risques centralise les fiches de signalement. Les différents systèmes de recueil des événements indésirables sont coordonnés et analysés au sein de la COVIR.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une centaine de personnes a bénéficié d'une formation en juin 2010 sur le signalement des événements indésirables et l'utilisation des différents supports de signalement. Les nouveaux arrivants lors de la journée d'accueil ont été sensibilisés et formés par le responsable qualité/gestion des risques et les vigilants. Le livret d'accueil intègre une information sur les vigilances et sur les modalités d'utilisation des différents supports de signalement.</p>
<p>Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a identifié les personnels concernés. Les membres du COPIL dont le président de CME ont participé à des journées régionales de formation en 2009. Une journée de formation au processus de hiérarchisation et d'analyse des causes profondes, destinée aux principaux responsables d'actions de l'établissement (référénts qualité et gestion des risques) a été réalisée en juin 2010. Une formation d'un cadre de santé à un master qualité des soins est en cours.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves (EIG) est structurée et participative. Une procédure validée en avril 2010 sur l'analyse des causes d'EIG est en place. Un document spécifique à joindre à la fiche de signalement a été élaboré et permet d'associer le responsable du signalement à l'analyse des causes. La mise en place récente des staffs-EPP et des RMM permet de réaliser cette analyse de façon régulière et progressive à l'échelle de l'ES. Au moins, un professionnel présent lors de l'analyse est formé à la méthode utilisée.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des actions correctives sont identifiées en cohérence avec les analyses de causes. La mise en oeuvre des actions d'amélioration est hiérarchisée. Les événements indésirables, les plus graves et les plus fréquents sont présentés au COVIR et des mesures préventives sont mises en place. Dans le cadre des staffs-EPP, l'analyse des causes a donné lieu à des EPP suivies par la sous-commission EPP et la cellule qualité. Mais les plans d'action mis en oeuvre ne comportent pas systématiquement la désignation d'un responsable et les modalités de suivi.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les causes profondes des événements récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement. Cette analyse est effectuée par la cellule qualité en associant les acteurs concernés. Des actions correctives sur les causes profondes des EI récurrents sont mises en oeuvre. Mais le dispositif ne comporte pas systématiquement la désignation d'un responsable et les modalités de suivi.</p>
<p>L'efficacité des actions correctives est vérifiée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Un bilan annuel des EI par thématique est intégré dans le rapport annuel du plan qualité. L'efficacité des actions correctives est évaluée de manière indirecte par le suivi du nombre de signalement d'une même thématique. L'efficacité des actions correctives ayant un impact immédiat sur le dysfonctionnement identifié, est mesurée par les professionnels concernés. Quelques indicateurs sont en place dans l'établissement. Mais il n'existe pas de dispositif de mesure de l'efficacité des actions correctives sur l'ensemble du programme.</p>

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

Critère 8g

Maîtrise du risque infectieux



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

COTATION

A

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.

A

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

B

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.	A	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	Partiellement	Une réflexion est menée par l'ES sur les modalités de réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure notamment au sein du COMEDIMS et de la Commission des Anti Infectieux (CAI) avec le Référent en antibiothérapie. Les prescripteurs sont sensibilisés par le référent en antibiothérapie à préciser la durée de l'antibiothérapie et à sa réévaluation à 3 jours. Actuellement, seuls les antibiotique à usage restreint sont systématiquement réévalués à la 72ème heure.

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

Critère 8i

Vigilances et veille sanitaire

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place.	Oui	
Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée.	Oui	
Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	

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

Critère 8j

Maîtrise du risque transfusionnel

Ce critère est applicable uniquement aux établissements ayant une activité transfusionnelle

COTATION

A

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

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

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



Critère 9a

Système de gestion des plaintes et réclamations

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La gestion des plaintes et réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La gestion des plaintes et réclamations est organisée. Elle a été attribuée à l'assistante de direction qui s'occupe du registre des plaintes. Une procédure actualisée de gestion des plaintes a été mise en place en interne. Le dispositif d'information des usagers contenu notamment dans le livret d'accueil intègre les modalités pour formuler la plainte, l'envoi d'un courrier au directeur, et reprend les missions de la CRU et le dispositif de médiation sur une fiche spéciale annexée à cet effet. La composition de la CRU est conforme à la réglementation. Son fonctionnement ne l'est pas entièrement, en effet la périodicité des réunions n'est que d'une réunion par an.</p>
<p>Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'articulation s'effectue de manière informelle par la présence du responsable qualité en CRU permettant ainsi un échange des informations recueillies par l'analyse des plaintes et réclamations et celle des fiches d'évènements indésirables. L'ES a décidé de formaliser, après la visite des EV, les échanges entre acteurs via l'envoi d'un message de la gestionnaire des plaintes au responsable qualité, à chaque plainte ou réclamation.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	La procédure de gestion des plaintes et réclamations est appliquée. Le Directeur communique un double du courrier du plaignant au professionnel ou au responsable du service concerné par la plainte. Les professionnels concernés sont associés à la réponse au plaignant. Le cas échéant, les professionnels concernés sont associés à la mise en oeuvre d'actions correctives. Une sensibilisation des médecins à cet égard a été effectuée à la demande de la CRU.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	Tout plaignant reçoit un accusé de réception de sa réclamation ou plainte, puis un courrier circonstancié du directeur lui est adressé. Chaque plaignant est informé par ce courrier, des modalités de mise en oeuvre du dispositif de médiation et de saisine de la CRU.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
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.	Oui	Le récapitulatif des plaintes et réclamations est transmis à la CRU, de manière détaillée, quantitativement et qualitativement. Ce bilan est intégré au rapport de la CRU. Le cas échéant, des recommandations sont intégrées dans la dernière partie de ce rapport. Elles sont ensuite intégrées dans le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (2006 - 2010).

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

Critère 9b

Evaluation de la satisfaction des usagers

COTATION		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.	Oui	
Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre au niveau des secteurs d'activité et font l'objet d'un suivi.	En grande partie	
La politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est revue à partir des résultats de l'évaluation.	Oui	

CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROIT ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10a-MCO

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

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

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10a-SSR

Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

COTATION

B

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

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

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10b-MCO

Respect de la dignité et de l'intimité du patient

COTATION

A

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

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10b-SSR

Respect de la dignité et de l'intimité du patient

COTATION

A

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

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10c-MCO

Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

COTATION

B

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

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

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10c-SSR

Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

COTATION

B

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

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

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10d-MCO

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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès aux secteurs d'hospitalisation, est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	En grande partie	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	En grande partie	

Référence 10 : La bienveillance et les droits

Critère 10d-SSR

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.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès aux secteurs d'hospitalisation, est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	En grande partie	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	En grande partie	

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10e-MCO

Gestion des mesures de restriction de liberté

COTATION

C

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.)	En grande partie	
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.	Oui	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Partiellement	Malgré les réflexions pluridisciplinaires autour de mesures de contention, actuellement la prescription médicale écrite, la réévaluation à périodicité définie et la traçabilité de la concertation entre les professionnels ne sont pas systématiques.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	Partiellement	La réflexion en matière de restriction de liberté est engagée dans l'établissement en lien avec les structures concernées. Cependant les règles de bonnes pratiques ne sont pas encore définies et ne peuvent donc pas encore faire l'objet d'évaluation à périodicité définie.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	Actuellement, des actions d'amélioration sont mises en place ponctuellement lors de retours de plaintes des patients ou lors de signalements d'événements indésirables.

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10e-SSR

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.	Oui	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le respect des bonnes pratiques en matière de 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-MCO

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

COTATION		B			
E1 Prévoir		Réponses aux EA		CONSTATS	
Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.		Oui			
Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.		En grande partie			
E2 Mettre en oeuvre		Réponses aux EA		CONSTATS	
Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave, d'aggravation de l'état de santé et en fonction du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).		Oui			
L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.		En grande partie			
E3 Evaluer et améliorer		Réponses aux EA		CONSTATS	
L'évaluation de la satisfaction du patient quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.		En grande partie			

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

Critère 11a-SSR

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

COTATION		B			
E1 Prévoir		Réponses aux EA		CONSTATS	
Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.		Oui			
Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.		En grande partie			
E2 Mettre en oeuvre		Réponses aux EA		CONSTATS	
Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave, d'aggravation de l'état de santé et en fonction du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).		Oui			
L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.		En grande partie			
E3 Evaluer et améliorer		Réponses aux EA		CONSTATS	
L'évaluation de la satisfaction du patient quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.		En grande partie			

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

Critère 11b-MCO

Consentement et participation du patient

COTATION		A
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	
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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

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

Critère 11b-SSR

Consentement et participation du patient

COTATION		A	
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		
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		
E3 Evaluer et améliorer		Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie		

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

Critère 11c-MCO

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

COTATION

B

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

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

Critère 11c-SSR

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

COTATION

B

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

Référence 12 : La prise en charge de la douleur

Critère 12a-MCO

Prise en charge de la douleur



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	En grande partie	Le CLUD, créé depuis 2006, est commun au pôle santé (hôpital-clinique). Il a défini son programme annuel d'actions avec des objectifs et des axes prioritaires. Son déploiement est effectif dans les secteurs d'hospitalisation où un soignant référent douleur est identifié par service. Cependant la non réactualisation du projet d'établissement (ancien projet d'établissement 2003-2007) ne fixe pas, institutionnellement parlant, une politique douleur.
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.	Oui	Les protocoles sont définis, réactualisés et diffusés aux professionnels concernés pour les différentes prises en charge. Il existe plusieurs procédures relatives à la prévention et à la prise en charge de la douleur, notamment : évaluation de la douleur, protocoles antalgiques post opératoires, prise en charge médicamenteuse de la douleur, prise en charge non médicamenteuse de la douleur et des douleurs induites par les soins. Les référents douleur présents dans chaque unité ont associés les professionnels à l'élaboration de ces protocoles soit lors de la réalisation de l'état des lieux soit lors de leur formalisation. Les protocoles sont diffusés dans les unités d'hospitalisation et centralisés dans un classeur spécifique « douleur ». Les protocoles antalgiques sont intégrés dans le logiciel de prescription médicale.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Il existe un programme et des supports spécifiques de formation. Les besoins sont identifiés avec des objectifs. Des formations actions en interne ont été menées en 2009, par les membres de l'EMSP et les membres du CLUD, concernant l'évaluation de la douleur (modalités d'utilisation des différentes échelles et traçabilité de la douleur dans les dossiers). 108 personnes ont été formées. Dans l'ES, deux soignants et un médecin sont titulaires d'un Diplôme Inter Universitaire spécifique à la prise en charge de la douleur. Le relais de la prise en charge de la douleur dans les unités de soins est effectué par les référents douleur qui ont bénéficié d'une formation spécifique. La formation institutionnelle aux soins palliatifs assurée par l'EMSP et la formation sur la maltraitance en institution comportent des modules sur la prise en charge de la douleur.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	Des actions d'information du patient sont assurées par les différents professionnels sur les actions à mettre en place en cas de douleur, en particulier sur le fonctionnement de la PCA. Des documents d'information sont mis à disposition des patients : livret sur la douleur présent dans le livret d'accueil remis à chaque patient lors de son admission, livret spécifique sur la douleur de l'enfant en pédiatrie, affiches d'informations dans tous les services. Des cours à l'accouchement sont organisés en maternité. Toutefois, l'éducation du patient ne fait pas l'objet d'une organisation formalisée pour l'ensemble des pathologies et type de patients.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la valeur de l'indicateur « prise en charge de la douleur » pour la campagne 2009.(45%)
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation systématique de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité des traitements antalgiques. Le traitement fait l'objet de réajustements en fonction de cette évaluation. L'évaluation et les modifications de traitement sont tracés dans le dossier de soins informatisé.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants ont été identifiés par le CLUD à la suite de l'analyse de l'évaluation de la douleur. Des échelles d'hétéroévaluation sont mises à disposition des professionnels (Doloplus, ECPA, échelles d'évaluation spécifiques pour les enfants...). Un mémo est disponible dans les unités. Il décrit les différentes échelles disponibles.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	L'évaluation de l'appropriation et de l'utilisation des outils est assurée en routine par les cadres des services de soins, ainsi que par les référents douleur. La démarche EPP conduite en lien avec la mise en place des indicateurs IPAQSS, ainsi que l'analyse des questionnaires de sortie permettent d'objectiver l'appropriation et l'utilisation des outils par les professionnels.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « prise en charge de la douleur ». Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations (rédaction d'un mémo de rappels sur l'utilisation des échelles d'hétéroévaluation, formation et sensibilisation à la traçabilité de la douleur dans les dossiers). Elles sont organisées au niveau du CLUD et menées avec les référents douleur dans les services. Le programme et le rapport d'activité annuels du CLUD permettent un suivi des actions d'amélioration et de leur efficacité.
L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement est inscrit dans une démarche de partage d'informations et d'expériences. Il travaille en réseau avec les autres établissements de la région, notamment avec le Centre Hospitalier de Saint Dizier. Il participe également à la journée régionale des comités de lutte contre la douleur (Nancy).

Référence 12 : La prise en charge de la douleur

Critère 12a-SSR

Prise en charge de la douleur



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	En grande partie	Le CLUD, créé depuis 2006, est commun au pôle santé (hôpital-clinique). Il a défini son programme annuel d'actions avec des objectifs et des axes prioritaires. Son déploiement est effectif dans les secteurs d'hospitalisation où un soignant référent douleur est identifié par service. Cependant la non réactualisation du projet d'établissement (ancien projet d'établissement 2003-2007) ne fixe pas, institutionnellement parlant, une politique douleur.
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.	Oui	Les protocoles sont définis, réactualisés et diffusés aux professionnels concernés pour les différentes prises en charge. Il existe plusieurs procédures relatives à la prévention et à la prise en charge de la douleur, notamment : évaluation de la douleur, protocoles antalgiques post opératoires, prise en charge médicamenteuse de la douleur, prise en charge non médicamenteuse de la douleur et des douleurs induites par les soins. Le référent douleur du service a associé les professionnels à l'élaboration de ces protocoles soit lors de la réalisation de l'état des lieux et/ou soit lors de leur formalisation. Les protocoles sont diffusés dans les unités d'hospitalisation et centralisés dans un classeur spécifique « douleur ». Les protocoles antalgiques sont intégrés dans le logiciel de prescription médicale.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Il existe un programme et des supports spécifiques de formation. Les besoins sont identifiés avec des objectifs. Des formations actions en interne ont été menées en 2009, par les membres de l'EMSP et les membres du CLUD, concernant l'évaluation de la douleur (modalités d'utilisation des différentes échelles et traçabilité dans le dossier). 108 personnes ont été formées sur l'ES. Dans l'ES, deux soignants et un médecin sont titulaires d'un Diplôme Inter Universitaire spécifique à la prise en charge de la douleur. Le relais de la prise en charge de la douleur dans les unités de soins est effectué par le référent douleur qui a bénéficié d'une formation spécifique. La formation institutionnelle aux soins palliatifs assurée par l'EMSP et la formation sur la maltraitance en institution comportent des modules sur la prise en charge de la douleur.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Des actions d'information du patient sont assurées par les différents professionnels sur les actions à mettre en place en cas de douleur, en particulier sur le fonctionnement de la PCA. Des documents d'information sont mis à disposition des patients : livret sur la douleur présent dans le livret d'accueil et affiche d'information au niveau du service. L'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est adaptée au type d'activité et est en train de se formaliser au niveau du projet de soins personnalisé qui vient d'être mis en place.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la valeur de l'indicateur « prise en charge de la douleur » pour la campagne 2009.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation systématique de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité des traitements antalgiques. Le traitement fait l'objet de réajustements en fonction de cette évaluation. L'évaluation et les modifications de traitement sont tracés dans le dossier de soins informatisé.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants ont été identifiés par le CLUD à la suite de l'analyse de l'évaluation de la douleur. Des échelles d'hétéroévaluation sont mises à disposition des professionnels (Doloplus, ECPA). Un mémo est disponible dans le service. Il décrit les différentes échelles disponibles.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	L'évaluation de l'appropriation et de l'utilisation des outils est assurée en routine par le cadres du service, ainsi que par le référent douleur. La démarche EPP conduite en lien avec la mise en place des indicateurs IPAQSS, ainsi que l'analyse des questionnaires de sortie permettent d'objectiver l'appropriation et l'utilisation des outils par les professionnels.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « prise en charge de la douleur ». Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations (rédaction d'un mémo de rappels sur l'utilisation des échelles d'hétéroévaluation, formation et sensibilisation à la traçabilité de la douleur). Elles sont organisées au niveau du CLUD et menées avec le référent douleur du service. Le programme et le rapport annuel du CLUD permettent un suivi des actions d'amélioration et de leur efficacité.
L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement est inscrit dans une démarche de partage d'informations et d'expériences. Il travaille en réseau avec les autres établissements de la région, notamment avec le Centre Hospitalier de Saint Dizier. Il participe également à la journée régionale des comités de lutte contre la douleur (Nancy).



Critère 13a-MCO

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

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'ES n'a pas de lits identifiés en soins palliatifs. Mais, il existe une organisation permettant un accès aux ressources en soins palliatifs. Ainsi des objectifs sont définis. Il existe une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) dont les missions et les responsabilités des acteurs clefs sont identifiées et formalisées. Le bilan de fonctionnement de l'EMSP est réalisé annuellement au moyen d'un tableau de bord et d'indicateurs. Dans l'organisation globale de l'établissement, les circuits sont cohérents et les services concernés s'inscrivent dans l'organisation graduée des soins palliatifs. Mais cette prise en charge n'apparaît ni dans le CPOM, ni au niveau du projet d'établissement (PE) qui, à ce jour, n'est pas formalisé, le dernier PE couvrant la période 2003-2007.</p>
<p>Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement dispose de procédures concernant le recueil des directives anticipées et leur contenu et le recueil des volontés du patient relatives aux actes qui pourraient lui être délivrés en fin de vie. Lorsque l'information est donnée, celle-ci est traçée systématiquement sur une fiche spécifique qui est alors intégrée au dossier de soins.</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>Oui</p>	<p>L'établissement a mis en oeuvre un processus d'information des usagers (patients et entourage) sur les principales dispositions de la loi du 22 avril 2005 (livret d'accueil, affiches). L'EMSP a mis en place une fiche « information du patient » qui est remise aux patients en soins palliatifs. Cette fiche reprend le droit d'accepter ou de refuser des traitements et d'établir des directives anticipées.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La démarche palliative est mise en oeuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.	Oui	La démarche palliative est effective dans l'établissement depuis la création en 2008 de l'EMSP : prise en charge spécifique des patients avec personnalisation des soins (dossier spécifique, fiche d'intervention). Le dispositif de soutien et d'accompagnement du patient et de ses proches est opérationnel avec l'appui du psychologue de l'établissement. Des réunions pluriprofessionnelles sont formalisées et un dispositif de formation est en place auprès des professionnels.
Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.	Oui	L'établissement met en oeuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Le dispositif d'information est structuré autour de formations essentiellement : en soins palliatifs (en moyenne 3 sessions / an soit 30 à 40 professionnels) ; en responsabilité juridique du soignant et des droits des usagers (formation annuelle institutionnelle). Une infirmière possède un DIU en soins palliatifs et assure le relais auprès des professionnels.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	En grande partie	L'établissement facilite l'action des associations et des bénévoles pour accompagner les patients et leur famille. Il a formalisé récemment une convention avec le Comité Haut Marnais de la Ligue contre le Cancer (juillet 2010). L'intervention de cette association n'est pas à ce jour effective, elle s'effectue de manière ponctuelle en collaboration avec l'EMSP.
Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en oeuvre.	Oui	Des RCP sont en place et opérationnelles. Il existe des dispositifs structurés permettant de discuter en équipe des cas des patients en fin de vie (staffs pluriprofessionnels et multidisciplinaires, temps de transmissions soignants-médecins en collaboration avec l'EMSP).

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>En grande partie</p>	<p>Les structures concernées par la prise en charge des patients en fin de vie sont identifiées. Le dispositif d'évaluation est défini. L'évaluation est réalisée lors des réunions pluriprofessionnelles et/ou lors des RCP. Et le rapport annuel de l'EMSP permet un suivi d'indicateurs et un bilan de l'activité. La concertation avec les instances concernées est organisée pour celles qui sont en place mais pas avec le comité d'éthique qui n'est pas à ce jour crée.</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>Oui</p>	<p>Des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées au sein des secteurs concernés par ces situations grâce à des réunions pluriprofessionnelles auxquelles participe l'EMSP.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des réflexions menés dans les secteurs concernés. L'EMSP assure la coordination et le suivi de leur mise en oeuvre. Un tableau de bord annuel avec des indicateurs de suivi est présenté en CME.</p>



Critère 13a-SSR

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

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'ES n'a pas de lits identifiés en soins palliatifs. Mais, il existe une organisation permettant un accès aux ressources en soins palliatifs. Ainsi des objectifs sont définis. Il existe une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) dont les missions et les responsabilités des acteurs clefs sont identifiées et formalisées. Le bilan de fonctionnement de l'EMSP est réalisé annuellement au moyen d'un tableau de bord et d'indicateurs. Dans l'organisation globale de l'établissement, les circuits sont cohérents et les services concernés s'inscrivent dans l'organisation graduée des soins palliatifs. Mais cette prise en charge n'apparaît ni dans le CPOM, ni au niveau du projet d'établissement (PE) qui, à ce jour, n'est pas formalisé, le dernier PE couvrant la période 2003-2007.</p>

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	L'établissement dispose de procédures concernant le recueil des directives anticipées et leur contenu et le recueil des volontés du patient relatives aux actes qui pourraient lui être délivrés en fin de vie. Lorsque l'information est donnée, celle-ci est traçée systématiquement sur une fiche spécifique qui est alors intégrée au dossier de soins.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	L'établissement a mis en oeuvre un processus d'information des usagers (patients et entourage) sur les principales dispositions de la loi du 22 avril 2005 (livret d'accueil, affiches). L'EMSP a mis en place une fiche « information du patient » qui est remise aux patients en soins palliatifs. Cette fiche reprend le droit d'accepter ou de refuser des traitements et d'établir des directives anticipées.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La démarche palliative est mise en oeuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.	Oui	La démarche palliative est effective dans l'établissement depuis la création en 2008 de l'EMSP : prise en charge spécifique des patients avec personnalisation des soins (dossier spécifique, fiche d'intervention). Le dispositif de soutien et d'accompagnement du patient et de ses proches est opérationnel avec l'appui du psychologue de l'établissement. Des réunions pluriprofessionnelles sont formalisées et un dispositif de formation est en place auprès des professionnels..
Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.	Oui	L'établissement met en oeuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Le dispositif d'information est structuré autour de formations essentiellement : en soins palliatifs (en moyenne 3 sessions / an soit 30 à 40 professionnels) ; en responsabilité juridique du soignant et des droits des usagers (formation annuelle institutionnelle). Une infirmière possède un DIU en soins palliatifs et assure le relais auprès des professionnels.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	En grande partie	L'établissement facilite l'action des associations et des bénévoles pour accompagner les patients et leur famille. Il a formalisé récemment une convention avec le Comité Haut Marnais de la Ligue contre le Cancer (juillet 2010). L'intervention de cette association n'est pas à ce jour effective, elle s'effectue de manière ponctuelle en collaboration avec l'EMSP.
Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en oeuvre.	Oui	Des RCP sont en place et opérationnelles. Il existe des dispositifs structurés permettant de discuter en équipe des cas des patients en fin de vie (staffs pluriprofessionnels et multidisciplinaires, temps de transmissions soignants-médecins en collaboration avec l'EMSP).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	En grande partie	Les structures concernées par la prise en charge des patients en fin de vie sont identifiées. Le dispositif d'évaluation est défini. L'évaluation est réalisée lors des réunions pluriprofessionnelles et/ou lors des RCP. Et le rapport annuel de l'EMSP permet un suivi d'indicateurs et un bilan de l'activité. La concertation avec les instances concernées est organisée pour celles qui sont en place mais pas avec le comité d'éthique qui n'est pas à ce jour créé.
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.	Oui	Des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées au sein des secteurs concernés par ces situations grâce à des réunions pluriprofessionnelles auxquelles participe l'EMSP.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des réflexions menés dans les secteurs concernés. L'EMSP assure la coordination et le suivi de leur mise en oeuvre. Un tableau de bord annuel avec des indicateurs de suivi est présenté en CME.

PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT

Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14a-MCO

Gestion du dossier du patient



COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	Il existe une procédure de gestion du dossier patient. Elle définit les règles de tenue, de classement, de circulation et d'archivage du dossier. Cette procédure est diffusée dans l'ensemble des services et est disponible dans chacune des unités sous forme papier. Sa mise en place a fait l'objet d'une information auprès des professionnels des services de soins.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.	Oui	Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou d'hospitalisation antérieures, sont formalisées dans la procédure « gestion dossier patient ». Ces règles précisent les responsabilités des différents professionnels, les règles de circulation du dossier dans l'établissement, les règles de confidentialité, les règles d'échanges d'information inter-services, et les modalités de transmissions des éléments utiles à la continuité des soins en amont et en aval. L'établissement a mis en oeuvre un processus d'information structuré auprès des professionnels concernés : notes d'informations, courriers aux intervenants extérieurs. Cette procédure est connue des professionnels et est disponible dans les services.

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	Compte tenu de la valeur de l'indicateur tenue du dossier patient pour la campagne 2009.(88%)
La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	Oui	L'établissement a mis en place un système de communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et les correspondants extérieurs. Ainsi les modalités de communication du dossier sont définies dans deux protocoles : « communication du dossier médical d'un patient » et « communication des informations concernant le patient pendant l'hospitalisation ». Ils définissent les supports à utiliser, les délais de communication du dossier en tenant compte du type de prise en charge ou de la pathologie et les règles d'accessibilité et de confidentialité.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur tenue du dossier patient ainsi que l'indicateur DAN. Et il a consacré une EPP à la tenue du partogramme en obstétrique.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	En grande partie	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations : tenue du partogramme ; guide d'utilisation du logiciel de prescriptions ; conformité lettre de sortie...La coordination et le suivi de leur mise en oeuvre sont réalisés par la cellule qualité. Cependant, l'établissement est en cours d'informatisation du dossier avec pour objectif d'améliorer sa constitution et de déployer les transmissions ciblées.

Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14a-SSR

Gestion du dossier du patient



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	Il existe une procédure de gestion du dossier patient. Elle définit les règles de tenue, de classement, de circulation et d'archivage du dossier. Cette procédure est diffusée au niveau du service et y est disponible sous forme papier. Sa mise en place a fait l'objet d'une information auprès des professionnels des services de soins.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.	Oui	Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou d'hospitalisation antérieures, sont formalisées dans la procédure « gestion dossier patient ». Ces règles précisent les responsabilités des différents professionnels, les règles de circulation du dossier dans l'établissement, les règles de confidentialité, les règles d'échanges d'information inter-services, et les modalités de transmissions des éléments utiles à la continuité des soins en amont et en aval. L'établissement a mis en oeuvre un processus d'information structuré auprès des professionnels concernés : notes d'informations, courriers aux intervenants extérieurs. Cette procédure est connue des professionnels et est disponible au niveau du service.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	Compte tenu de la valeur de l'indicateur tenue du dossier patient pour la campagne 2009.
La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	Oui	L'établissement a mis en place un système de communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et les correspondants extérieurs. Ainsi les modalités de communication du dossier sont définies dans deux protocoles : « communication du dossier médical d'un patient » et « communication des informations concernant le patient pendant l'hospitalisation ». Ils définissent les supports à utiliser, les délais de communication du dossier en tenant compte du type de prise en charge ou de la pathologie et les règles d'accessibilité et de confidentialité.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur tenue du dossier patient. Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	En grande partie	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations : guide d'utilisation du logiciel de prescriptions; conformité lettre de sortie...La coordination et le suivi de leur mise en oeuvre sont réalisés par la cellule qualité. Cependant, l'établissement est en cours d'informatisation du dossier avec pour objectif d'améliorer sa constitution et de déployer les transmissions ciblées.

Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14b-MCO

Accès du patient à son dossier



COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	Une procédure formalisée définit les modalités pratiques d'accès du patient, conformément à la réglementation. Les modalités spécifiques concernant l'accès au dossier des patients en pédiatrie et des ayants droits en cas de décès sont précisées dans cette procédure. Les demandes sont centralisées à la direction.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est principalement informé de ses droits d'accès à son dossier par le livret d'accueil et par la charte de la personne hospitalisée qui est affichée dans tous les services. Les professionnels nouvellement recrutés sont sensibilisés à cette problématique lors de la journée d'accueil.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.	Oui	L'établissement recense dans un tableau synthétique l'ensemble des demandes de dossiers, avec la date de demande et la date de réponse ou d'envoi des informations. Il lui permet de suivre la conformité des délais d'accès au dossier et de calculer un délai moyen de réponse (10,5 jours en 2009). La personne référente chargée de cette coordination est l'ACH (Adjointe des Cadres Hospitaliers).

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats du suivi de l'indicateur délai moyen de réponse afin de respecter en permanence les délais réglementaires. L'ACH a en charge leur mise en oeuvre et leur suivi. Cependant si les axes d'amélioration sont identifiés en matière de coordination (Direction, secrétariats médicaux, archives) et de traçabilité des différentes étapes de la procédure sur le tableau de bord, ils ne sont pas tous à ce jour mis en oeuvre en particulier au niveau du respect des délais réglementaires.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRU est informée lors de sa réunion annuelle des données relatives à l'accès du patient à son dossier : nombre de demandes d'accès au dossier et délais de transmission des informations, et actions d'amélioration envisagées.

Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14b-SSR

Accès du patient à son dossier



COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	Une procédure formalisée définit les modalités pratiques d'accès du patient, conformément à la réglementation. Les modalités spécifiques concernant l'accès au dossier des patients en pédiatrie et des ayants droits en cas de décès sont précisées dans cette procédure. Les demandes sont centralisées à la direction.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est principalement informé de ses droits d'accès à son dossier par le livret d'accueil et par la charte de la personne hospitalisée qui est affichée dans tous les services. Les professionnels nouvellement recrutés sont sensibilisés à cette problématique lors de la journée d'accueil.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.	Oui	L'établissement recense dans un tableau synthétique l'ensemble des demandes de dossiers, avec la date de demande et la date de réponse ou d'envoi des informations. Cela lui permet de suivre la conformité des délais d'accès au dossier et de calculer un délai moyen de réponse (10,5 jours en 2009). La personne référente chargée de cette coordination est l'ACH (Adjointe des Cadres Hospitaliers).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats du suivi de l'indicateur délai moyen de réponse afin de respecter en permanence les délais réglementaires. L'ACH a en charge leur mise en oeuvre et leur suivi. Cependant si les axes d'amélioration sont identifiés en matière de coordination (Direction, secrétariats médicaux, archives) et de traçabilité des différentes étapes de la procédure sur le tableau de bord, ils ne sont pas tous à ce jour mis en oeuvre.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La CRU est informée lors de sa réunion annuelle des données relatives à l'accès du patient à son dossier : nombre de demandes d'accès au dossier et délais de transmission des informations, et actions d'amélioration envisagées.

Référence 15 : L'identification du patient

Critère 15a-MCO

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



COTATION

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

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

En grande partie

Une organisation est en place afin de fiabiliser l'identification du patient. Elle s'appuie sur la Cellule d'Identito-Vigilance (CIV) qui vient d'être mise en place et sur la procédure d'identification venant d'être réactualisée. Cette dernière rend obligatoire la présentation d'une pièce d'identité lors de l'admission. Les moyens sont également présents (outils informatiques permettant le traitement des erreurs d'identité, édition d'étiquettes informatiques, bracelets d'identification pour le bloc opératoire, la pédiatrie et les personnes désorientées). Les points critiques ont été relevés. En revanche les applications informatiques ne sont pas toutes interfacées, obligeant à des ressaisies. Le nouveau protocole n'est pas complètement connu des soignants comme ont pu le constater les EV. Et si les acteurs clés ont été identifiés dans la (CIV), ils ne disposent pas de fiches de poste spécifiques.

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>En grande partie</p>	<p>La formation à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient a été ciblée sur les personnels administratifs pour lesquels les besoins sont identifiés, les objectifs et cibles définis. Le personnel administratif a eu une formation sur l'utilisation du logiciel de gestion des admissions afin d'éviter les doublons. Des supports de formation leur ont été distribués à cette occasion. La diffusion de la nouvelle procédure d'identification a fait l'objet de réunions de sensibilisation aux bonnes pratiques en matière d'identito-vigilance et de prévention des erreurs d'identité, auprès des professionnels (admissions, secrétariats, services...). Mais, il n'existe pas de programme de formation spécifique à l'identito-vigilance.</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>Depuis peu, les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre la nouvelle procédure et s'assurent via la production d'une pièce d'identité de l'identité du patient, ainsi que de sa présence ou pas dans la base de données. Cette procédure est connue des agents et est utilisée.</p>
<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Une procédure accueil du patient dans l'unité de soins est établie, diffusée. Elle est mise en oeuvre, notamment par l'utilisation de bracelets pour les patients allant au bloc ou dans l'incapacité de s'exprimer et pour les enfants. Elle est adaptée à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques (check-list au bloc). La vérification de l'identité est généralement tracée sur la couverture du dossier des soins, mais pas dans la macrocible admission comme prévu dans la procédure, le support ne le permettant pas.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge est généralement assurée. Divers systèmes d'évaluations sont en place (analyse des fiches spécifiques et des fiches d'EI, évaluations conduites par le laboratoire, suivi des doublons dans le logiciel de gestion des admissions...). Le dispositif d'évaluation est structuré au niveau de la périodicité et des outils. Mais les objectifs ne sont pas définis et la personne référente n'est pas identifiée.</p> <p>Des actions d'amélioration ont été mises en oeuvre, notamment lors de la mise à jour de la procédure en cohérence avec les résultats des évaluations. Le suivi de cette mise en oeuvre n'est pas structuré.</p>



Critère 15a-SSR

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

COTATION

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

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

En grande partie

Une organisation est en place afin de fiabiliser l'identification du patient. Elle s'appuie sur la Cellule d'Identito-Vigilance (CIV) qui vient d'être mise en place et sur la procédure d'identification venant d'être réactualisée. Cette dernière rend obligatoire la présentation d'une pièce d'identité lors de l'admission. Les moyens sont également présents (outils informatiques permettant le traitement des erreurs d'identité, édition d'étiquettes informatiques, bracelets d'identification pour le bloc opératoire, la pédiatrie et les personnes désorientées). Les points critiques ont été relevés. En revanche les applications informatiques ne sont pas toutes interfacées, obligeant à des ressaisies. Le nouveau protocole n'est pas complètement connu des soignants comme ont pu le constater les EV. Et si les acteurs clés ont été identifiés dans la (CIV), ils ne disposent pas de fiches de poste spécifiques.

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>En grande partie</p>	<p>La formation à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient a été ciblée sur les personnels administratifs pour lesquels les besoins sont identifiés, les objectifs et cibles définis. Le personnel administratif a eu une formation sur l'utilisation du logiciel de gestion des admissions afin d'éviter les doublons. Des supports de formation leur ont été distribués à cette occasion. La diffusion de la nouvelle procédure d'identification a fait l'objet de réunions de sensibilisation aux bonnes pratiques en matière d'identito-vigilance et de prévention des erreurs d'identité, auprès des professionnels (admissions, secrétariats, services...). Mais il n'existe pas de programme de formation spécifique à l'identito-vigilance.</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>Depuis peu, les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre la nouvelle procédure et s'assurent via la production d'une pièce d'identité de l'identité du patient, ainsi que de sa présence ou pas dans la base de données. Cette procédure est connue des agents et utilisée.</p>
<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Une procédure accueil du patient dans l'unité de soins est établie, diffusée. Elle est mise en oeuvre, notamment par l'utilisation de bracelets pour les patients allant au bloc ou dans l'incapacité de s'exprimer et pour les enfants. Elle est adaptée à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques (check-list au bloc). La vérification de l'identité est généralement tracée sur la couverture du dossier des soins, mais pas dans la macrocible admission comme prévu dans la procédure, le support ne le permettant pas.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge est généralement assurée. Divers systèmes d'évaluations sont en place (analyse des fiches spécifiques et des fiches d'EI, évaluations conduites par le laboratoire, suivi des doublons dans le logiciel de gestion des admissions...). Le dispositif d'évaluation est structuré au niveau de la périodicité et des outils. Mais les objectifs ne sont pas définis et la personne référente n'est pas identifiée.</p> <p>Des actions d'amélioration ont été mises en oeuvre, notamment lors de la mise à jour de la procédure en cohérence avec les résultats des évaluations. Le suivi de cette mise en oeuvre n'est pas structuré.</p>

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 16 : L'accueil du patient

Critère 16a-MCO

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

Référence 16 : L'accueil du patient

Critère 16a-SSR

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

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

Critère 17a-MCO

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

COTATION

B

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

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	Partiellement	La réflexion bénéfice-risque existe au sein des unités d'hospitalisation mais elle n'est pas formalisée dans le cadre d'un projet de soins personnalisé. En effet, actuellement, le projet de soins personnalisé n'est pas encore structuré en médecine et en obstétrique.
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.	Partiellement	L'état de santé du patient est évalué régulièrement mais pas dans le cadre d'un projet de soins personnalisé qui, à ce jour, n'est pas encore formalisé.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
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 17 : L'évaluation de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé

Critère 17a-SSR

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

COTATION		B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	En grande partie	
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	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
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-MCO

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	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs d'activité collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	En grande partie	
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnel(s) référent(s) est désigné pour la prise en charge du patient.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
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 18a-SSR

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	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les événements indésirables relatifs à la continuité des soins sont évalués et des actions d'amélioration sont menées.	Oui	

Référence 18 : La continuité et la coordination des soins

Critère 18b-MCO

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

COTATION

A

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.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	Oui	
La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

Référence 18 : La continuité et la coordination des soins

Critère 18b-SSR

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

COTATION

A

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.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	Oui	
La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les personnes âgées

Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	En grande partie	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	En grande partie	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les patients porteurs de maladies chroniques 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.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	En grande partie	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les enfants et adolescents

Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	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

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	Oui	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	En grande partie	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les personnes démunies

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

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19a-les personnes détenues

Populations nécessitant une prise en charge particulière

COTATION		NA
E1 Prévoir		Réponses aux EA
CONSTATS		
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	NA	
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.	NA	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	NA	
E3 Evaluer et améliorer		Réponses aux EA
CONSTATS		
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	NA	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	NA	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19b-MCO

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.	Partiellement	Quelques actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage avec remise de plaquettes d'information : la santé vient en mangeant et vivre avec le cholestérol. Dans le cadre de la journée de formation reconduite annuellement Nutrition et Risques de Dénutrition, les personnels soignants sont sensibilisés à la prise en charge des troubles nutritionnels dans tous leurs aspects. Cependant l'ES ne dispose pas d'un poste de diététicien, la diététicienne du Syndicat Inter-Hospitalier (SIH) n'intervenant qu'au niveau du CLAN. L'ES a prévu de mettre au plan de formation 2011, une formation concernant l'éducation thérapeutique du patient diabétique.
Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.	Partiellement	

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

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19b-SSR

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.	Partiellement	Quelques actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage avec remise de plaquettes d'information : la santé vient en mangeant et vivre avec le cholestérol. Dans le cadre de la journée de formation reconduite annuellement Nutrition et Riques de Dénutrition, les personnels soignants sont sensibilisés à la prise en charge des troubles nutritionnels dans tous leurs aspects. Cependant l'ES ne dispose pas d'un poste de diététicien, la diététicienne du SIH n'intervenant qu'au niveau du CLAN. L'ES a prévu de mettre au plan de formation 2011, une formation concernant l'éducation thérapeutique du patient diabétique.
Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19c-MCO Risque suicidaire

COTATION

B

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

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19c-SSR Risque suicidaire

COTATION

B

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

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

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'information de toute personne hospitalisée sans consentement (HDT ou HO) sur les modalités de son hospitalisation et les possibilités de recours est organisée.	NA	
Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Une sensibilisation et une formation des professionnels à ces modalités d'hospitalisation sont mises en place. définies.	NA	
Des procédures sont mises en oeuvre.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	



COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>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.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le Contrat de Bon Usage du médicament est formalisé. Le volet Qualité / Gestion des risques du CPOM prend en compte la sécurisation du circuit du médicament, notamment par le déploiement du logiciel de prescription au niveau de l'ES. La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'actions d'amélioration en cohérence avec le CBUM décliné en plans d'actions (informatisation des lits, gestion des armoires à pharmacie, constitution des piluliers...). Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 2006-2010 comporte les actions réalisées depuis 2007 et les actions à réaliser en 2010. Pour ces dernières, il n'y a pas d'échéancier de suivi, ni de désignation de responsable des plans d'actions. Les ressources nécessaires à leur mise en oeuvre ne sont pas identifiées. La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse n'est pas formalisée au niveau de ce programme qualité et sécurité.</p>

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.	Oui	Le projet d'informatisation du circuit du médicament est intégré au SI hospitalier qui à ce jour est déployé dans tous les services de soins. L'informatisation du circuit dans sa totalité est planifiée. Le COMEDIMS supervise le déploiement du projet.
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	Les règles et supports de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs. Ils sont intégrés au paramétrage du logiciel de prescription. Une procédure formalise le processus de reconstitution des médicaments cytotoxiques depuis la prescription jusqu'à l'administration au patient. Les modalités de prescription non informatisées des Stupéfiants et des MDS (Médicaments Dérivés du Sang), sont définies au travers de 2 protocoles. La liste des prescripteurs habilités est établie et régulièrement actualisée.
Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des outils d'aide à la prescription actualisés et validés par les Pharmaciens, le COMEDIMS, le CLUD, et le CAI supports papier ou informatisés sont à la disposition des professionnels : Vidal, base thériaque, livret du médicament, antibioguide (Antibiolor), protocoles informatisés (antalgiques, aérosols, anticoagulants....).
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Partiellement	Les ordonnances de sortie tiennent compte généralement du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation. La procédure de gestion du traitement personnel du patient n'est pas en place. L'ES a prévu de formaliser cette procédure 6 mois après la visite des Experts-Visiteurs (EV).

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse de l'ensemble des lits de médecine, pédiatrie et obstétrique permet aux pharmaciens de valider les prescriptions, de délivrer des informations aux utilisateurs et d'optimiser les stocks des armoires de pharmacie des unités de soins.</p> <p>Les procédures de préparation et de reconstitution des médicaments sont formalisées ainsi que les modalités d'approvisionnement en cas d'urgence pharmaceutique. Cependant si la procédure de circuit du médicament du 16/03/2006 définit le circuit : commande, réception et vérification, stockage, dispensation aux services de soins, elle ne définit pas l'organisation pour assurer la sécurité de la dispensation des médicaments dans ses différents aspects (analyse pharmaceutique, information et conseils aux utilisateurs....). L'ES a prévu de mettre à jour cette procédure générale dans un délai non précisé à ce jour.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les supports de prescription/administration sont en place pour l'ensemble des professionnels. Ils sont intégrés au paramétrage du logiciel de prescription. Le système est sécurisé par des profils utilisateurs et l'historique de chaque intervention est tracée. La préparation des piluliers est formalisée depuis le 16/09/2010.</p> <p>Cependant la procédure de circuit du médicament du 16/03/2006 ne définit pas les règles d'administration des médicaments. L'ES a prévu de mettre à jour cette procédure générale dans un délai non précisé à ce jour.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Partiellement	Un pharmacien vient d'être formé à la gestion des risques. Une journée de formation à la gestion des risques a été réalisée en interne le 22/06/2010 par la cellule qualité et le COVIR concernant en particulier la gestion des risques et des Evènements Indésirables (EI), la pharmacovigilance. Un grand nombre de professionnels a ainsi été sensibilisé à la signalisation de l'erreur médicamenteuse à l'aide de la fiche d'EI. Mais, le plan de formation n'intègre pas d'action sur le risque d'erreur médicamenteuse.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Depuis le 31/08/2008 l'ensemble des lits et places de médecine bénéficie d'une prescription complète informatisée avec saisie systématique dans les services de soins.
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte-tenu de la valeur de l'indicateur prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation de l'indicateur tenue du dossier de la campagne 2009.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Partiellement	Les 8 lits de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) sont en délivrance nominative et bénéficient de l'analyse pharmaceutique des prescriptions. Pour les autres services de médecine, l'analyse pharmaceutique ne concerne que les lignes thérapeutiques qui sont en délivrance nominative : chimiothérapies, stupéfiants, antibiotiques à usage restreint, Médicaments Dérivés du Sang (MDS), Erythropoïétine (EPO). A ce jour, si les pharmaciens valident les prescriptions informatisées, n'ayant pas accès aux données cliniques des patients, ils ne peuvent pas réaliser l'analyse pharmaceutique des prescriptions. Par ailleurs, l'ES n'a pas identifié des priorités en matière d'analyse pharmaceutique et de délivrance nominative.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Les modalités de préparation des médicaments non prêts à l'emploi sont définies et sont établies selon les bonnes pratiques pharmaceutiques pour la préparation des anticancéreux.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	Deux professionnels de l'ES viennent d'être formés à l'éducation thérapeutique. L'information des patients est structurée dans le cadre de la prise en charge du diabète avec suivi du traitement par insuline et celui de la prise en charge du traitement par AVK avec mise en place d'un carnet de suivi. En dehors de ces 2 situations, il n'y a pas d'autre information concernant le bon usage des médicaments à destination des patients.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée dans un logiciel dédié par du personnel habilité. Le système est sécurisé par des profils utilisateurs. L'historique de chaque intervention est tracé.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Un suivi d'indicateurs est réalisé. L'évaluation porte sur la prise en charge médicamenteuse du patient, en lien avec les engagements contractualisés dans le cadre du CBUM (analyse de la consommation et justification des consommations). L'indicateur tenue du dossier patient est recueilli. La consommation annuelle par médicament et par service, le top 20 des médicaments les plus prescrits et la Dose Définie Journalière (DDJ) pour les antibiotiques sont suivies. Cependant, le dispositif d'évaluation n'est que partiellement structuré, en terme d'objectifs et de périodicité.</p>
<p>Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Différentes enquêtes sont diligentées avec l'OMEDIT Champagne-Ardennes sur la consommation des médicaments. L'ES a réalisé un audit du circuit du médicament en juillet 2009 qui a été précédé d'un ACC concernant la préparation des piluliers. A ce jour, l'ES n'a pas mis en place un dispositif d'audit périodique structuré. Mais, il envisage de reconduire, tous les ans, l'audit du circuit du médicament.</p>
<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement conduit de nombreuses actions visant le bon usage des médicaments lors des staffs médicaux/soignants (dont les staffs EPP), lors des réunions du COMEDIMS. Deux fiches de bon usage ont été mises en place en collaboration avec le COMEDIMS (Fibrinogène, Tegeline). Des recommandations de bon usage des antibiotiques ont été formalisées au décours d'EPP concernant la prise en charge des pneumopathies communautaires aiguës. Des outils d'aide à la prescription sont en place dans le logiciel de prescription (protocoles antalgiques, anticoagulants etc...). Une réflexion est engagée au sein du COMEDIMS et du CAI en ce qui concerne le bon usage des antibiotiques dans la prise en charge des infections urinaires et la diminution de la prescription d'antibiotiques à large spectre.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Partiellement	Le circuit de signalement des EI permet le recueil des erreurs médicamenteuses, l'analyse est assurée par la cellule qualité, le pharmacien avec les professionnels concernés. A ce jour, il n'y a pas eu de déclaration d'erreurs médicamenteuses en dehors d'une presque erreur. L'ES n'a pas mis en place de procédure de revue des erreurs médicamenteuses ni de registre de recueil.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.	Oui	Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations (inspections, CBUM, audits) : mettre à disposition des services le DOROSZ pour faciliter la recherche d'équivalences, formaliser la procédure relative au traitement personnel du patient, conditionner les médicaments de façon unitaire, développer l'éducation thérapeutique. Un calendrier de mise en oeuvre est défini. La coordination, le suivi de la mise en oeuvre de ces actions d'amélioration et l'information des professionnels sont réalisés par les pharmaciens avec la cellule qualité, la CSIRMT et le COMEDIMS.

Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

Critère 20a-SSR

Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient



COTATION

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

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

En grande partie

Le Contrat de Bon Usage du médicament est formalisé. Le volet Qualité / Gestion des risques du CPOM prend en compte la sécurisation du circuit du médicament, notamment par le déploiement du logiciel de prescription au niveau de l'ES. La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'actions d'amélioration en cohérence avec le CBUM décliné en plans d'actions (informatisation des lits, gestion des armoires à pharmacie, constitution des piluliers...). Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 2006-2010 comporte les actions réalisées depuis 2007 et les actions à réaliser en 2010. Pour ces dernières, il n'y a pas d'échéancier de suivi, ni de désignation de responsable des plans d'actions. Les ressources nécessaires à leur mise en oeuvre ne sont pas identifiées. La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse n'est pas formalisée au niveau de ce programme qualité et sécurité.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.	Oui	Le projet d'informatisation du circuit du médicament est intégré au SI hospitalier qui à ce jour est déployé au niveau du service. L'informatisation du circuit dans sa totalité est planifiée. Le COMEDIMS supervise le déploiement du projet.
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Oui	Les règles et supports de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs. Ils sont intégrés au paramétrage du logiciel de prescription. Une procédure formalise le processus de reconstitution des médicaments cytotoxiques depuis la prescription jusqu'à l'administration au patient. Les modalités de prescription non informatisées des Stupéfiants et des MDS (Médicaments Dérivés du Sang), sont définies au travers de 2 protocoles. La liste des prescripteurs habilités est établie et régulièrement actualisée.
Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des outils d'aide à la prescription actualisés et validés par les Pharmaciens, le COMEDIMS, le CLUD, et le CAI supports papier ou informatisés sont à la disposition des professionnels : Vidal, base thériaque, livret du médicament, antibioguide (Antibiolor), protocoles informatisés (antalgiques, aérosols, anticoagulants....).
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Partiellement	Les ordonnances de sortie tiennent compte généralement du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation. La procédure de gestion du traitement personnel du patient n'est pas en place. L'ES a prévu de formaliser cette procédure 6 mois après la visite des Experts-Visiteurs (EV).

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse des lits de SSR permet aux pharmaciens de valider les prescriptions, de délivrer des informations aux utilisateurs et d'optimiser les stocks des armoires de pharmacie des unités de soins.</p> <p>Les procédures de préparation et de reconstitution des médicaments et ainsi que les modalités d'approvisionnement en cas d'urgence pharmaceutique. Cependant si la procédure de circuit du médicament du 16/03/2006 définit le circuit : commande, réception et vérification, stockage, dispensation aux services de soins, elle ne définit pas l'organisation pour assurer la sécurité de la dispensation des médicaments dans ses différents aspects (analyse pharmaceutique, information et conseils aux utilisateurs...). L'ES a prévu de mettre à jour cette procédure générale dans un délai non précisé à ce jour.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les supports de prescription/administration sont en place pour l'ensemble des professionnels. Ils sont intégrés au paramétrage du logiciel de prescription. Le système est sécurisé par des profils utilisateurs et l'historique de chaque intervention est tracée. La préparation des piluliers est formalisée depuis le 16/09/2010.</p> <p>Cependant la procédure de circuit du médicament du 16/03/2006 ne définit pas les règles d'administration des médicaments. L'ES a prévu de mettre à jour cette procédure générale dans un délai non précisé à ce jour.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Partiellement	Un pharmacien vient d'être formé à la gestion des risques. Une journée de formation à la gestion des risques a été réalisée en interne le 22/06/2010 par la cellule qualité et le COVIR concernant en particulier la gestion des risques et des Evènements Indésirables (EI), la pharmacovigilance. Un grand nombre de professionnels a ainsi été sensibilisé à la signalisation de l'erreur médicamenteuse à l'aide de la fiche d'EI. Mais, le plan de formation n'intègre pas d'action sur le risque d'erreur médicamenteuse.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Depuis le 31/08/2008 l'ensemble des lits de SSR bénéficie d'une prescription complète informatisée avec saisie systématique au niveau du service.
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte-tenu de la valeur de l'indicateur prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation de l'indicateur tenue du dossier de la campagne 2009.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Partiellement	La délivrance nominative en SSR ne concerne que quelques lignes thérapeutiques (chimiothérapies, stupéfiants, antibiotiques à usage restreint, MDS, EPO). L'analyse pharmaceutique ne concerne que ces médicaments. A ce jour, si les pharmaciens valident les prescriptions informatisées, n'ayant pas accès aux données cliniques des patients, ils ne peuvent pas réaliser l'analyse pharmaceutique des prescriptions. Par ailleurs, l'ES n'a pas identifié des priorités en matière d'analyse pharmaceutique et de délivrance nominative.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Les modalités de préparation des médicaments non prêts à l'emploi sont définies et sont établies selon les bonnes pratiques pharmaceutiques pour la préparation des anticancéreux.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Deux professionnels de l'ES viennent d'être formés à l'éducation thérapeutique. L'information des patients est structurée dans le cadre de la prise en charge du diabète avec suivi du traitement par insuline et celui de la prise en charge du traitement par AVK avec mise en place d'un carnet de suivi. En dehors de ces 2 situations, il n'y a pas d'autre information concernant le bon usage des médicaments à destination des patients.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée dans un logiciel dédié par du personnel habilité. Le système est sécurisé par des profils utilisateurs. L'historique de chaque intervention est tracé.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.	En grande partie	Un suivi d'indicateurs est réalisé. L'évaluation porte sur la prise en charge médicamenteuse du patient, en lien avec les engagements contractualisés dans le cadre du CBUM (analyse de la consommation et justification des consommations). L'indicateur tenue du dossier patient est recueilli. La consommation annuelle par médicament et par service, le top 20 des médicaments les plus prescrits et la Dose Définie Journalière (DDJ) pour les antibiotiques sont suivies. Cependant, le dispositif d'évaluation n'est que partiellement structuré, en terme d'objectifs et de périodicité.
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Partiellement	Différentes enquêtes sont diligentées avec l'OMEDIT Champagne-Ardenne sur la consommation des médicaments. L'ES a réalisé un audit du circuit du médicament en juillet 2009 qui a été précédé d'un ACC concernant la préparation des piluliers. A ce jour, l'ES n'a pas mis en place un dispositif d'audit périodique structuré. Mais, il envisage de reconduire, tous les ans, l'audit du circuit du médicament.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	L'établissement conduit de nombreuses actions visant le bon usage des médicaments lors des staffs médicaux/soignants (dont les staffs EPP), lors des réunions du COMEDIMS. Deux fiches de bon usage ont été mises en place en collaboration avec le COMEDIMS (Fibrinogène, Tegeline). Des recommandations de bon usage des antibiotiques ont été formalisées au décours d'EPP concernant la prise en charge des pneumopathies communautaires aiguës. Des outils d'aide à la prescription sont en place dans le logiciel de prescription (protocoles antalgiques, anticoagulants etc...). Une réflexion est engagée au sein du COMEDIMS et du CAI en ce qui concerne le bon usage des antibiotiques dans la prise en charge des infections urinaires et la diminution de la prescription d'antibiotiques à large spectre.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Partiellement	Le circuit de signalement des EI permet le recueil des erreurs médicamenteuses, l'analyse est assurée par la cellule qualité, le pharmacien avec les professionnels concernés. A ce jour, il n'y a pas eu de déclaration d'erreurs médicamenteuses en dehors d'une presque erreur. L'ES n'a pas mis en place de procédure de revue des erreurs médicamenteuses ni de registre de recueil.
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 actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations (inspections, CBUM, audits) : mettre à disposition des services le DOROSZ pour faciliter la recherche d'équivalences, formaliser la procédure relative au traitement personnel du patient, conditionner les médicaments de façon unitaire, développer l'éducation thérapeutique. Un calendrier de mise en oeuvre est défini. La coordination, le suivi de la mise en oeuvre de ces actions d'amélioration et l'information des professionnels sont réalisés par les pharmaciens avec la cellule qualité, la CSIRMT et le COMEDIMS.

Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

Critère 20b-MCO

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.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.	En grande partie	
Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	Partiellement	

Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

Critère 20b-SSR

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.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.	En grande partie	
Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	Partiellement	

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

Critère 21a-MCO

Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats

COTATION		B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les laboratoires de biologie médicale (y compris coopération et sous-traitance).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la prescription et au prélèvement, actualisés et validés, sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

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

Critère 21a-SSR

Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats

COTATION		B
E1 Prévoir		Réponses aux EA
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les laboratoires de biologie médicale (y compris coopération et sous-traitance).		Oui
E2 Mettre en oeuvre		Réponses aux EA
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 délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.		Oui
E3 Evaluer et améliorer		Réponses aux EA
Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.		En grande partie

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

Critère 21b

Démarche qualité en laboratoire

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

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs développent un système de management de la qualité.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le guide de bonne exécution des analyses est mis en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les activités de biologie font l'objet d'une procédure d'évaluation externe de la qualité.	En grande partie	
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.	En grande partie	

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

Critère 22a-MCO

Demande d'examen et transmission des résultats

COTATION

C

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).

Partiellement

Le RI du GIE scanner pôle de santé langrois précise les règles d'utilisation des équipements et le fonctionnement du service de radiologie. Des règles de fonctionnement sont définies entre la société civile professionnelle de radiologie et le CH de LANGRES au travers d'une convention précisant le fonctionnement du service (déplacement sur site, brancardage, urgences, accès au plateau technique pour les praticiens du CH, concours technique du conseiller en hygiène hospitalière du CH, détachement de personnel du CH auprès du service de radiologie). L'ES avait prévu de définir et de formaliser les différentes règles de fonctionnement entre les services de soins et le service de radiologie avant la viste des EV. Mais à ce jour, elles ne sont pas formalisées.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Non	Les professionnels ne disposent pas d'outils ou de protocoles d'aide à la demande des examens radiologiques. Le service de radiologie vient d'initier une réflexion concernant la formalisation d'un protocole à destination de services pour la prise en charge des patients lors d'un examen tomodensitométrique.
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	En dehors de l'analyse du questionnaire de satisfaction des patients, il n'y a pas eu d'enquêtes de satisfaction des professionnels des deux secteurs.

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

Critère 22a-SSR

Demande d'examen et transmission des résultats

COTATION

C

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).

Partiellement

Le RI du GIE scanner pôle de santé langrois précise les règles d'utilisation des équipements et le fonctionnement du service de radiologie. Des règles de fonctionnement sont définies entre la société civile professionnelle de radiologie et le CH de LANGRES au travers d'une convention précisant le fonctionnement du service (déplacement sur site, brancardage, urgences, accès au plateau technique pour les praticiens du CH, concours technique du conseiller en hygiène hospitalière du CH, détachement de personnel du CH auprès du service de radiologie). L'ES avait prévu de définir et de formaliser les différentes règles de fonctionnement entre les services de soins et le service de radiologie avant la viste des EV. Mais à ce jour, elles ne sont pas formalisées.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Non	Les professionnels ne disposent pas d'outils ou de protocoles d'aide à la demande des examens radiologiques. Le service de radiologie vient d'initier une réflexion concernant la formalisation d'un protocole à destination de services pour la prise en charge des patients lors d'un examen tomodensitométrique.
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	Les demandes médicales d'examens d'imagerie sont identifiées et justifiées et datées. Elles comportent généralement le nom du médecin prescripteur.
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des utilisateurs et tout particulièrement en urgence ou en cas de résultats critiques comme ont pu le constater les EV lors de leurs rencontres avec les différents professionnels du CH et du service de radiologie.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	En dehors de l'analyse du questionnaire de satisfaction des patients, il n'y a pas eu d'enquêtes de satisfaction des professionnels des deux secteurs.

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-MCO

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	
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des activités d'éducation thérapeutique impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les représentants des patients sont mises en oeuvre.	En grande partie	
Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	Partiellement	
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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation de l'efficacité du dispositif d'ETP (patients, professionnels de santé) donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

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

Critère 23a-SSR

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	
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des activités d'éducation thérapeutique impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les représentants des patients sont mises en oeuvre.	En grande partie	
Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP.	En grande partie	

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

Référence 24 : La sortie du patient

Critère 24a-MCO Sortie du patient



COTATION

A

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.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.	Oui	
Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	Les outils existants nécessaires à l'organisation et à la prise en charge du patient (notamment la macro cible sortie et la fiche de transfert) ont été améliorés récemment et intégrés dans une nouvelle procédure organisation de la sortie. L'évaluation de celle-ci n'a pas encore été réalisée. Les actions d'améliorations seront définies et mises en place, si besoin, suite à l'évaluation de la procédure.

Référence 24 : La sortie du patient

Critère 24a-SSR Sortie du patient



COTATION

A

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.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.	Oui	
Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	Les outils existants nécessaires à l'organisation et à la prise en charge du patient (notamment la macro cible sortie et la fiche de transfert) ont été améliorés récemment et intégrés dans une nouvelle procédure organisation de la sortie. L'évaluation de celle-ci n'a pas encore été réalisée. Les actions d'améliorations seront définies et mises en place, si besoin, suite à l'évaluation de la procédure.

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

B

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.	En grande partie	L'ES a formalisé l'organisation du service des urgences dans un référentiel Accueil et Organisation des Urgences qui décrit le système d'admission des patients à partir du service des urgences et les modalités d'accueil des personnes vulnérables. Il existe des coopérations et des partenariats au sein du réseau des urgences RESURCA. Le système d'information par le biais d'un logiciel régional permet de communiquer et d'échanger des informations au sein du réseau. La communication auprès des acteurs du territoire de santé est formalisée. L'ES n'a pas mis en place de Commission des Urgences et de Consultations Non Programmées. Cette action est inscrite dans son plan d'action dans un délai d'une année suivant la visite des EV.
Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.	Oui	L'ES dispose d'un tableau de gardes et astreintes couvrant les spécialités exercées dans l'établissement. Il a formalisé par des conventions avec différents établissements publics et privés des coopérations de recours dans les disciplines non présentes.
Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).	Oui	L'ES a mis en place des filières de soins adaptées à certaines populations (psychiatrie, pédiatrie, grossesses pathologiques, urgence sociale...), à certaines pathologies (AVC, Infarctus du Myocarde, Rééducation Fonctionnelle). Il a également mis en place des circuits selon la typologie des patients et le degré d'urgence (soins immédiats, accueil de nuit des parturientes, patient couchés....) ainsi qu'un circuit différencié en cas de pandémie grippale. Ces circuits de prise en charge sont formalisés au travers du référentiel Accueil aux Urgences.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	En grande partie	L'ES a mis en place une organisation informelle permettant la connaissance des lits disponibles en temps réel. Les entrées, sorties et changements de chambres sont tracés sur appel téléphonique des services par les agents du bureau des entrées dans un logiciel dédié qui est consultable par le personnel des urgences mais pas à ce jour par les personnels des services de soins. Ces derniers utilisent le nouveau logiciel du dossier patient permettant par le plan de soins de visualiser l'occupation des lits. Leurs données peuvent être partagées théoriquement avec le personnel des urgences, cependant le logiciel en place aux urgences n'a pas d'interfaces avec ce nouveau logiciel dossier obligeant les médecins des urgences à faire une resaisie de leurs prescriptions. De fait, le personnel des urgences fait le point des disponibilités des lits dans les services 2 fois par 24h (à 12h et à 20h), par contact téléphonique et reporte les informations sur un tableau mural situé à proximité du poste infirmier des urgences. Mais il n'existe pas de procédure d'organisation des entrées programmées ni de règles formalisées de gestion des lits. L'ES dans son plan d'action envisage de les mettre en place dans un délai de 6 mois après la visite des EV.
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	Oui	La formation des professionnels à l'accueil et à l'orientation des urgences tient compte de l'identification des besoins, des objectifs et cibles. Les professionnels des urgences en charge de l'accueil et de l'orientation ont bénéficié de cette formation ainsi que tous les nouveaux arrivants.
L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).	En grande partie	L'ES a identifié les typologies de patients et les pathologies pouvant être directement admises dans les services de soins. Les services concernés ont mis en place une organisation permettant la prise en charge de ces patients. Cette organisation fait l'objet d'une procédure pour le service de pédiatrie et la maternité mais pas pour les autres secteurs d'activités.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est en place.	Oui	<p>Il existe une traçabilité des heures d'arrivée, de passage et de sortie des patients, dans le cadre du logiciel régional spécifique des urgences. Il tient compte des typologies des patients.</p> <p>Les délais d'attente sont évalués chaque année et sont intégrés au Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE). Depuis janvier 2010, le service d'accueil des urgences participe à un travail d'évaluation conduit par l'Agence Nationale d'Amélioration des Performances sur l'optimisation des prises en charge.</p> <p>Les enquêtes de satisfaction spécifiques menées en 2005 et 2010 et/ou l'analyse du volet prise en charge aux urgences du questionnaire de sortie permettent d'appréhender les temps d'attente aux urgences. La cellule qualité et le service des urgences réalisent une revue périodique de ces indicateurs.</p>
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	En grande partie	<p>L'ES a formalisé un circuit de recueil et d'analyse des dysfonctionnements. Il est commun à l'ensemble des secteurs d'activités. Le personnel des urgences est formé à l'utilisation du support de signalement des EI qui intègre l'identification des causes et leur degré de gravité. Les EIG sont traités en staffs-EPP et les situations de crise aux urgences font l'objet de rapports circonstanciés établis par le chef de service et transmis à la direction. Une fiche de signalement propre aux prises en charge des urgences est en cours d'élaboration au niveau du réseau régional (RESURCA). Mais l'ES n'a pas formalisé un circuit de recueil et d'analyse des dysfonctionnements liés à la prise en charge des urgences et des soins non programmés.</p>
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers, et mises en oeuvre.	Partiellement	<p>Des actions d'amélioration sont définies en cohérence avec les résultats des dysfonctionnements recueillis et analysés, avec la participation des professionnels. La coordination est assurée par la cellule qualité, mais pour chaque action mise en oeuvre la personne référente, le délai de mise en oeuvre et les modalités de suivi ne sont pas définies.</p>

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

A

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).	Oui	Le secteur opératoire est géré par un GIE constitué du CH Langres et de la Clinique de la Compassion. Le bloc opératoire est commun aux deux établissements. Le Centre Hospitalier a gardé des activités de chirurgie gynécologique, d'obstétrique, d'endoscopie digestive et bronchique et de cardiologie (pauses de pace-maker). Le circuit pour chacune de ces prise en charge est défini, intégrant la surveillance post interventionnelle et les organisations induites en termes de personnels, matériels, déchets, bionettoyage... Une salle d'opération est dédiée 24h sur 24 aux urgences obstétricales, à proximité des salles de naissance. En cas d'urgences autres (endoscopie), l'organisation du bloc permet des réajustements du programme initial.
Les locaux, l'équipement sont conformes et font l'objet d'une démarche qualité.	Oui	Il existe un plan de contrôle des installations des secteurs interventionnels, suivi par le CLIN et les services techniques (eau, air, surfaces). Une maintenance préventive des équipements est assurée selon le type par le service technique ou la société prestataire. Les fiches de suivi par appareil permettent de tracer les maintenances préventive et curative. Les systèmes de recueil d'EI des deux structures permettent le recueil des non conformités. Ces dernières avec les dysfonctionnements font l'objet d'un plan de résolution : en cas de panne d'un équipement, des procédures de remplacement sont en place depuis les autres secteurs d'activité ou sous forme de prêt par la société prestataire.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
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.	Oui	Une charte de fonctionnement du bloc opératoire et un règlement intérieur (RI) ont été rédigés par le conseil de bloc et validés en 2008. Le RI précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.
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.	Oui	L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les secteurs de soins et les différents prestataires requis pour assurer la coordination de la prise en charge péri-opératoire. Des documents supports sont en place (fiche de liaison, check-list, programme opératoire, dossier d'anesthésie). Le dossier patient accompagne le patient tout au long de son parcours. Les interfaces bloc opératoire, stérilisation centrale, pharmacie, laboratoires, services, brancardage, entretien des locaux sont en place.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	En grande partie	Il existe un système d'information du bloc opératoire dépendant du SI la clinique qui ne fait pas partie du SI hospitalier. Cependant, les modalités d'intégration au SI du CH de Langres sont en grande partie définies : les prescripteurs du CH ont accès au logiciel dédié ainsi qu'au serveur de résultats intranet du laboratoire.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	L'activité de régulation du bloc est assurée. Les responsables sont identifiés : un responsable para-médical et un médecin coordonnateur. Ils assurent le respect du programme et son suivi (taux d'occupation des salles, calcul des débordements...). Les dysfonctionnements sont identifiés et traités.
Pour chaque intervention chirurgicale, la procédure de vérification de l'acte est mise en oeuvre par un membre identifié de l'équipe opératoire.	Oui	Une procédure d'accueil et de vérification de l'identité patient et de la nature de l'acte est en place. La check-list de la HAS est en place depuis novembre 2009. Tous les éléments de cette check-list ont été intégrés dans le dossier infirmier spécifique du bloc opératoire actualisé à cette occasion. Elle est appliquée dans toutes les salles d'intervention.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée.	Oui	L'établissement a mis en place un dispositif permettant la traçabilité des DMI et des actes (traçabilité par endoscopes, registres des interventions par salle, fiche de traçabilité du bio nettoyage par salle...). Le suivi de la traçabilité est assurée par le responsable du bloc. Le dossier patient permet l'accès à ces données.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	En grande partie	Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés par le CLIN pour la prévention du risque infectieux au bloc opératoire. Elles s'appuient sur les recommandations de la HAS et/ou des sociétés savantes des différentes spécialités pour les pratiques spécifiques. Mais les procédures ne sont pas systématiquement mises sous forme de documents qualité (nom du rédacteur, approuvateur, date de validation...) et la procédure de traitement des endoscopes n'est pas, à ce jour, réactualisée suite à l'achat d'un nouveau laveur-désinfecteur.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement a participé à l'enquête de la MeaH en 2008 et en 2009 concernant 3 indicateurs : Taux Réel d'Occupation des Salles (TROS), Taux d'Ouverture et Taux de débordement. Depuis, ces indicateurs avec le nombre d'interventions par opérateur sont répertoriés dans un tableau de bord qui est suivi par le responsable de bloc et le médecin coordonnateur. Des actions d'amélioration ponctuelles sont mises en place si nécessaire. Cependant, ils ne sont pas encore utilisés pour optimiser l'organisation du bloc opératoire et leur recueil démarre pour la gynécologie-obstétrique.</p>

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	

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

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

B

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.	Partiellement	
Une démarche qualité documentée et actualisée assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	En grande partie	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médicotechnique et logistique.	Oui	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	

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

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	

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

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

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

A

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

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

Critère 27a

Activités de soins de suite et de réadaptation

COTATION

B

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

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28a

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

COTATION		B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique ou médicotechnique organisent la mise en oeuvre des démarches EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	Oui	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'engagement de tous les professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Partiellement	
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.	Partiellement	

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.	Oui	
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

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	Oui	
Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	Partiellement	

6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

Le recueil et la valeur des indicateurs sont pris en compte dans la procédure de certification pour objectiver les critères en lien avec un indicateur.

Le tableau de bord certification suivant présente de manière synthétique les résultats obtenus par l'établissement au regard de l'ensemble des indicateurs recueillis chaque année.

Les données intégrées à ce tableau de bord tiennent compte de la décision institutionnelle de ne pas diffuser les résultats de la première année de recueil pour chacun des indicateurs généralisés. Par conséquent, l'année de référence retenue est la deuxième année de généralisation.

Le détail des indicateurs généralisés est disponible sur le site internet de la Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr.

Éléments de lecture du tableau

Un tableau de bord pour chaque thème est présenté sur quatre années avec les deux parties suivantes :

1. Présentation du référentiel national avec pour chaque indicateur d'un thème (en ligne) les colonnes suivantes :
 - la moyenne Nationale (nombre d'établissement de santé et Valeur) ;
 - l'objectif national à atteindre.
2. Présentation de l'établissement de santé avec pour chaque indicateur d'un thème (en ligne) les colonnes suivantes :
 - la valeur et l'intervalle de confiance (IC) à 95% de l'établissement de santé ;
 - la position par rapport à la moyenne nationale (pictogrammes de couleur vert, jaune ou orange) ;
 - l'atteinte de l'objectif national (classe « + », « = » ou « - ») ;
 - l'évolution par rapport à l'année précédente (flèche montante, flèche stable ou flèche descendante).recueil de l'année 2008.

L'IC à 95% est l'intervalle dans lequel il y a 95 chances sur 100 de trouver la vraie valeur de l'indicateur pour l'établissement.

Principe d'utilisation de la valeur des indicateurs dans la certification

En fonction de leur positionnement par rapport à l'objectif nationale fixé à 80%, les valeurs de l'indicateur se répartissent en 4 classes. Les trois premières classes ont été définies en comparant l'IC à 95% de l'établissement de santé à l'objectif national à atteindre. Une quatrième classe a été créée pour les établissements de santé « Non répondant » :

- Classe « + » : l'établissement de santé dont la borne basse de l'IC à 95% est supérieure à l'objectif cible à atteindre, on dit que la position de l'établissement de santé est « significativement supérieure à l'objectif cible à atteindre » ;
- Classe « = » : établissement de santé dont l'IC à 95% coupe l'objectif cible à atteindre, on dit que la position de l'établissement de santé est « non significativement différente de l'objectif cible à atteindre » ;
- Classe « - » : établissement de santé dont la borne haute de l'IC à 95% est inférieure à l'objectif cible à atteindre, on dit que la position de l'établissement de santé est « significativement inférieure à l'objectif cible à atteindre » ;
- Classe « Non répondant » : établissement de santé soumis au recueil et qui ne l'a pas fait.

Remarques :

1. Pour une meilleure lisibilité des résultats, les scores de qualité TDP et TDA ont été multipliés par 100
2. Si la taille de l'échantillon de dossiers de séjours est trop petite, inférieure ou égale à 30 (« Effectif avec $N \leq 30$ »), la méthode statistique de classement fondée sur le calcul de l'intervalle de confiance ne peut pas s'appliquer. L'établissement n'est pas intégré dans le calcul de la moyenne nationale, l'intervalle de confiance n'est pas calculé et l'établissement n'est pas positionné selon les quatre classes.

Résultats des indicateurs de qualité Dossier du Patient - Champ MCO

Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2009			Année 2010			Année 2011			Année 2012		
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre
	Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur	
Tenue du dossier patient (score sur 100)	1144	70	80									
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation - Niveau 2 (%)	1141	34	80									
Traçabilité de la douleur (%)	1144	52	80									
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	1136	75	80									

Établissement : CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES (520780057)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :				Recueil obligatoire :				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Position par rapport à la moyenne nationale	Atteinte de l'objectif national	Evolution année précédente	Valeur IC à 95%	Position par rapport à la moyenne nationale	Atteinte de l'objectif national	Evolution année précédente	Valeur IC à 95%	Position par rapport à la moyenne nationale	Atteinte de l'objectif national	Evolution année précédente	Valeur IC à 95%	Position par rapport à la moyenne nationale	Atteinte de l'objectif national	Evolution année précédente
Tenue du dossier patient (score sur 100)	88 [84 - 91]		(+)	↗												
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation - Niveau 2 (%)	64 [53 - 75]		(-)	→												
Traçabilité de la douleur (%)	45 [34 - 56]		(-)	↗												
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	67 [57 - 77]		(-)	→												

7. BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

BILAN DES CONTRÔLES EFFECTUÉS ET INSPECTIONS CONCERNANT LA SÉCURITÉ SANITAIRE EN RELATION AVEC LES MRIICE (Uniquement effectués par organismes et autorités externes)

Nom de l'établissement : CH Langres

N° FINESS : 520000043

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	PHISP	21/08/08	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cette inspection concernait l'unité de reconstitution des cytotoxiques
Stérilisation des dispositifs médicaux	PHISP	08/01/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinfection des dispositifs médicaux	MISP	20/01/2003	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	MISP	28/03/1996	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infrastructures	Pas de contrôle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de contrôle en dehors de la Commission locale de sécurité (incendie) et des contrôles APAVE
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite <input type="checkbox"/> périodique	Commission d'arrondissement de sécurité	15/01/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité électrique	Commission d'arrondissement de sécurité	15/01/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de contrôle en dehors de la Commission locale de sécurité (incendie) et des contrôles APAVE
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	DDSV	07/11/2005	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage médical	DDASS	06/08/2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage technique	DDASS	06/08/2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Eaux chaudes sanitaires	DDASS	06/08/2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	DRASS	12/11/2005	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques radioactifs	NON CONCERNE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides	PAS DE CONTROLE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits sanguins labiles	DRDASS	15/07/2003	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renouvellement d'autorisation en cours
Sécurité anesthésique	DRDASS	08/07/1998	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secteur opératoire	PAS DE CONTROLE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imagerie et exploration fonctionnelle	DRDASS	12/11/2003	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le CH Langres n'est concerné que pour son scanner (GIE) Visite de conformité en novembre 2003, et autorisation par l'autorité de sûreté nucléaire en août 2008. Renouvellement d'autorisation en cours
Radiothérapie	NON CONCERNE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	PAS DE CONTROLE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnostic APAVE réalisé en février 2008

COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT

Le secteur opératoire est géré par un GIE constitué du CH Langres et la Clinique de la Compassion.

Le scanner est géré par un GIE constitué par le CH Langres, la Clinique de la Compassion et la SELARL de Radiologie. L'imagerie conventionnelle est concédée à cette SELARL.