



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CENTRE HOSPITALIER DE GAILLAC

Avenue rene cassin Bpn 70036 - 81601 - Gaillac

NOVEMBRE 2014

MAJ - 03/2015

SOMMAIRE

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	3
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	6
1. Les décisions par critères du manuel	7
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	8
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	9
4.Suvi de la décision	10
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	11
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	12
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE	13
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	37
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	81
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	107
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	108
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	155
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	174
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	251
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	265
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	272
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Fiche de suivi ayant fait l'objet d'une analyse par la HAS dans le cadre de la modalité de suivi	275
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	294

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE GAILLAC

Adresse : Avenue rene cassin Bpn 70036
81601 Gaillac TARN

Statut : Public

Type d'établissement : Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	28	0	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	27	4	0

Nombre de sites.:	Deux sites.
Activités principales.:	SSR Médecine USLD à compter du 1er janvier 2014
Activités de soins soumises à autorisation.:	- Activité de médecine ; - Activité de soins de suite et réadaptation ; - Activité de soins de longue durée.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Convention avec les établissements publics de santé : CH ALBI : Examens IRM ; Examens Scanner ; Coopération entre un CH pivot et un EHPAD ; Convention consultations avancées ; Convention sur les urgences ; Convention sur la direction commune. CH LAVAUUR : Exploitation radiologie ; Utilisation mutuelle de la chambre mortuaire ; Traitement du linge ; Convention sur le recours au scanner. CHS Pierre Jamet (Bon sauveur d'ALBY) : Prise en charge de la santé mentale. CH ALBI – UMT – Polyclinique CARMAUX : Unité Mobile Gériatrique. CH ALBI – GRAULHET - GAILLAC : Médecine du travail. Hôpital du Pays d'Autun (CHIC CASTRES MAZAMET) : Coordination PMSI - DIM ; Mutualisation des ressources informatiques ; Cellule départementale « nouveaux métiers ». HL GRAULHET : Mutualisation des compétences des psychologues ; Traitement du linge. CH ALBI – GRAULHET – UMT/CMRF – Polyclinique. CARMAUX : Réseau d'hygiène hospitalière. CHU TOULOUSE : Assistance documentaire.
--	---

Réorganisation de l'offre de soins

Convention avec d'autres structures départementales :
 Soins palliatifs : ARESP ALBI ; Association JALMAV.
 Lutte contre la maltraitance : ALMA 81 ALBI.
 Approvisionnement PSL : EFS ALBI.
 Maladie Alzheimer : France ALZHEIMER CASTRES.
 Visiteurs médicaux : VMEH ALBI.

Convention avec les EHPAD :
 Traitement du linge : EHPAD LAGRAVE ; Résidence des Sept Fontaines GAILLAC.
 Prise en charge médicale dans le cadre de la loi du 30 juin 1975 : EHPAD SALVAGNAC ; EHPAD LISLE SUR TARN ; EHPAD LAGRAVE ; EHPAD RABASTENS ; Résidence des Sept Fontaines GAILLAC.

Autres conventions :
 Cardiologie : épreuves d'effort : Cabinet de cardiologie de GAILLAC (Dr BAIETTO – Dr GATIMEL).
 Mise à disposition de locaux : École occitane CALENDRETA.
 Mise à disposition du minibus de l'établissement : MJC.
 Mise à disposition de la salle de conférences : Association WOMBEREE.

Regroupement/Fusion.:	Direction commune CH Albi et CH Gaillac depuis octobre 2012
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Reconversion : 30 lits EHPAD transformés en 30 lits USLD au 1er janvier 2014

2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, du bilan des sécurités sanitaires et de la participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec réserves.

1. Les décisions par critères du manuel

RESERVE(S)

8.h (Bon usage des antibiotiques) .

RECOMMANDATION(S)

1.c (Démarche éthique) ;1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles) .

6.d (Gestion du linge) .

7.a (Gestion de l'eau) .

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

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

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement inscrites dans le volet Sécurité Sanitaire de la fiche interface HAS/ARS, la Haute Autorité de Santé demande à l'établissement de finaliser sa mise en conformité sur:

- La sécurité incendie,
- hygiène alimentaire et eau d'alimentation,
- eaux chaudes sanitaires,
- déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.

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.Suvi de la décision

L'établissement a du fournir à la Haute Autorité de santé dans un délai de 3 mois un (des) plan(s) d'action avec échéancier pour les réserves maintenues et recommandations émises ou non levées suite à sa première modalité de suivi (visite de suivi).

3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.

Oui

Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques.

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
Critère 1.c Démarche éthique		
Cotation	C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels ont accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.	Partiellement	Les professionnels peuvent débattre de sujets concernant leurs pratiques de manière pluriprofessionnelle lors de réunions de service et/ou des groupes de travail, mais il n'existe pas de ressources dédiées ni de structure de réflexion institutionnelle en matière d'éthique. L'établissement envisage de confier le traitement des questions éthiques à la CRU, mais l'installation de ce comité n'est pas réalisée (absence de projet formalisé et de règlement intérieur), à ce jour. La formation des membres de la CRU est programmée les 8 et 9 octobre prochains.
Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.	Partiellement	Le traitement des questions éthiques est abordé brièvement dans les orientations stratégiques de l'établissement, au travers de thématiques relatives à la bientraitance ou à la fin de vie.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.	En grande partie	Les professionnels sont sensibilisés à ce thème, lors des réunions de services ou lors de la rédaction du projet de soins, mais ces démarches ne sont pas englobées dans une réflexion générale qui pourrait alimenter une démarche

	En grande partie	éthique.
Les questions éthiques se posant au sein de l'établissement sont traitées.	En grande partie	Les questions traitant de ce thème sont abordées par les professionnels lors des réunions de service et/ou des groupes de travail, mais elles ne font pas l'objet d'une réflexion institutionnelle structurée et généralisée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un état des lieux des questions éthiques liées aux activités de l'établissement est réalisé.	Non	Il n'existe pas d'état des lieux des questions éthiques au sein de l'établissement.

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
Critère 1.d Politique des droits des patients		
Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).	Oui	
Des formations sur les droits des patients, destinées aux professionnels, sont organisées.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En grande partie

Le projet d'établissement 2010-2014 comprend un volet dédié à la qualité. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) constitue un des axes de ce projet qualité. Une politique EPP a été formalisée. Elle définit les objectifs et modalités de mise en œuvre. Elle prévoit notamment la responsabilité de la CME dans le pilotage et le suivi des EPP. Ne sont pas encore précisées les responsabilités et missions des acteurs pour chaque déploiement d'EPP. Ce document devra ensuite être validé par la CME.

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

Oui

La concertation entre les professionnels de soins et les gestionnaires est réalisée, régulièrement, lors des réunions de la CME et du COPIL-COVIRIS. Il y a concordance de vue entre les différents intervenants sur les thèmes choisis.

<p>Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La CME a pour mission de coordonner les EPP, de les mettre en œuvre et d'en assurer leur suivi. Un référent est nommé pour chaque EPP. L'engagement des professionnels dans les groupes EPP est réel. Cette participation est facilitée par la dimension des unités concernées et par le faible nombre des professionnels concernés. Toutefois, dans l'attente de la validation de la politique relative aux EPP, les responsabilités des acteurs intervenant dans la gestion des EPP ne sont pas précisées, et la coordination de l'ensemble du dispositif n'est pas lisible par l'ensemble des professionnels de l'établissement.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le service qualité participe activement à l'accompagnement des professionnels, en particulier la responsable qualité, qui assure la sensibilisation et les formations des personnels, et met à disposition des outils méthodologiques.</p>
<p>L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les référents EPP présentent l'état d'avancement des démarches entreprises en CME, ainsi que les actions d'amélioration. Une synthèse de ces échanges est exposée en COPIL. Un tableau de bord des EPP est réalisé permettant de suivre leur état d'avancement, mais l'évaluation des mesures d'impact n'est pas encore organisée et généralisée pour l'ensemble des démarches.</p>
<p>Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les professionnels sont informés des EPP suivies et des actions mises en œuvre au sein de l'établissement en matière d'EPP par l'intermédiaire du journal interne et/ou des réunions de service. Les référents ont, également, pour mission de communiquer sur le suivi et l'avancement de leur EPP.</p>

	En grande partie	Toutefois, La politique de l'établissement en matière de développement des EPP n'est pas validée par les instances et, par voie de conséquence, n'est pas diffusée, ni intégrée dans la gestion documentaire, rendant difficile l'appropriation de cette stratégie par les professionnels. Ceux-ci, s'ils sont informés des EPP en cours, et des actions mises en œuvre, ne disposent pas toujours des informations relatives aux résultats obtenus.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	La CSIRMT, le COPIL-COVIRIS et les sous-commissions de la CME sont tenus informés des démarches EPP engagées, de leur développement, des actions mises en œuvre. Des actions d'amélioration sont, par ailleurs, proposées et validées.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Partiellement	Les thèmes des EPP ont été choisis en adéquation avec les activités de l'établissement et les incitations des visites de certification V2007 et V2010. La CME suit annuellement les EPP, en s'appuyant, notamment sur le tableau de bord des EPP, mais ne dispose pas d'éléments pertinents, lui permettant d'évaluer et de réorienter sa stratégie, en dehors du suivi des actions mises en œuvre.

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
Critère 1.g Développement d'une culture qualité et sécurité		
Cotation	B	
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.	En grande partie	
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.	En grande partie	
Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forums, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 2: L'organisation et les modalités de pilotage interne		
<p>Critère 2.a Direction et encadrement des secteurs d'activités</p>		
Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activité sont définis.	Oui	
Les circuits de décision et de délégation sont définis.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 2.b 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.

Non

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU.

Oui

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

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie, et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leurs compétences.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.

En grande partie

Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

Cotation

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 du personnel, sont mises en oeuvre au sein des secteurs d'activité.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Le dialogue social est évalué à périodicité définie.

En grande partie

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

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



Cotation

A

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.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.

Oui

Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, et rendus publics par l'établissement de santé.

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	En grande partie	
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaisons externe et interne).	Oui	

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

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

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'évaluation périodique du personnel est mise en oeuvre.	Oui	
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.	Oui	
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités, notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	Partiellement	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

Cotation

B

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.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.

Partiellement

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.

En grande partie

Le document unique est établi.

Oui

Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions de prévention des risques sont mises en oeuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.

Oui

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.	Non	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

Référence 3: La gestion des ressources humaines		
Critère 3.d Qualité de vie au travail		
Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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

En grande partie

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.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières		
Critère 4.b Amélioration de l'efficience		
Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement fixe chaque année des objectifs d'amélioration de l'efficience de ses organisations.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement conduit des études ou des audits sur ses principaux processus de production.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les résultats des études ou des audits donnent lieu à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un schéma directeur du système d'information est défini, en cohérence avec les orientations stratégiques, et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

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.	Partiellement	
--	---------------	--

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le dispositif est connu des professionnels.

Oui

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.

Oui

Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

En grande partie

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.

En grande partie

Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les situations identifiées font l'objet de dispositifs de sécurité adaptés (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	
--	---------------	--

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.b Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.

Non

L'établissement dispose d'un programme de maintenance.

En grande partie

L'établissement dispose d'un programme de maintenance pour les interventions programmées et/ou réalisées en urgence par les services techniques et/ou les sociétés prestataires. La maintenance préventive est assurée en partie par les contrats signés avec les sociétés prestataires et, en régie, par le personnel des services techniques de l'établissement. Ces actions de maintenance préventives, ainsi réalisées, ne sont pas planifiées et intégrées dans un programme de maintenance.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les opérations de maintenance curative et préventive assurées en interne et par des sociétés extérieures sont tracées, et permettent un suivi des opérations.

En grande partie

Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.	Partiellement	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Il existe une organisation permettant, dès l'admission du patient, de recueillir ses préférences alimentaires.

Oui

Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les préférences des patients sont prises en compte.

Oui

Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La satisfaction des consommateurs concernant la prestation restauration est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le circuit du linge est défini.

Oui

Les besoins par secteur sont quantifiés, et incluent les demandes en urgence.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.

Partiellement

Le circuit du linge est formalisé et la séparation propre sale est respectée. Le protocole de tri du linge est disponible dans les unités et est appliqué, ainsi que les procédures relatives au traitement du linge, applicables en blanchisserie. Ces procédures sont validées par le CLIN. Les personnels de la blanchisserie sont formés à la démarche RABC. Le linge en forme et professionnel est filmé, et l'acheminement du linge propre est réalisé en chariot recouvert d'une housse. Le local des stockage des produits

	Partiellement	<p>lessiviels de la blanchisserie a été sécurisé (porte coupe-feu, ventilation/extraction) et est désormais traité comme un local à risque. La traçabilité de l'entretien est assurée. Les locaux dédiés au linge dans les services ont été pourvus de ferme-porte. Des actions de sensibilisation (manipulation du linge avec les mains propres, fermeture du local de linge propre, traçabilité de l'entretien des locaux) sont menées auprès des professionnels. Une affiche interdit l'accès du local de linge propre à toute personne étrangère au service.</p> <p>Le chariot de linge propre (vêtements professionnels pour la cuisine) est stocké dans un local, en attente de reprise par l'agent de la blanchisserie.</p> <p>Des travaux de peinture et de pose de protection murale ont été réalisés à la blanchisserie pour garantir la qualité du nettoyage et de la désinfection.</p> <p>Toutefois, l'hygiène tout au long du circuit du traitement du linge n'est pas totalement assurée, ni garantie : les locaux dédiés à la fonction linge dans le service de médecine sont dégradés et ne facilitent pas un nettoyage et une désinfection satisfaisants. Le local intermédiaire accueille notamment le linge sale et les déchets (DAOM et DASRI).</p> <p>Le projet de restructuration du service prévoit des locaux distincts (un local linge et un local déchet).</p>
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 6.e Fonction transport des patients

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La fonction transport des patients est organisée, y compris en cas de sous-traitance.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.

En grande partie

Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur les plans quantitatif et qualitatif, en associant les utilisateurs.

En grande partie

La politique d'achat et de relation avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat éco-responsable.

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.

Oui

L'établissement amorce une démarche d'achat éco-responsable pour certains produits ou services.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.	Non	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement de santé détermine un processus permettant la mise à disposition des matériels médicaux adaptés aux besoins des patients.

NA

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

En cas de rupture d'un produit, des solutions de substitution sont prévues.

NA

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

Les modalités de transport des différents matériels et médicaments sont formalisées.

NA

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

En cas de prestation extérieure, une convention de collaboration est formalisée.

NA

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

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

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

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

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

Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

L'établissement dispose de procédures relatives à la gestion de l'eau (conduite à tenir en cas de forte teneur en légionelles dans l'eau, soutirage des sanitaires dans les services de soins, etc.), d'un carnet sanitaire dans lequel les interventions des services techniques et les résultats des analyses sont consignés. Mais ces différentes interventions ne sont pas intégrées dans une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau, validée par le CLIN. Ainsi, les interventions effectuées par les services techniques et/ou du personnel de rééducation sur les installations de balnéothérapie, mises en service en 2001, ne sont pas réalisées sur la base de procédures formalisées et validées par le CLIN. La traçabilité de ces interventions n'est pas, par ailleurs, assurée de façon rigoureuse (ex. : type d'interventions effectuées), et les informations relatives à la gestion de ces équipements ne sont pas centralisées, rendant difficile la coordination entre les différents acteurs en charge de la gestion de ces installations. De même l'ARS a réalisé une inspection « légionelles » le 22 juin 2010. L'établissement a pris en compte les observations

	Partiellement	de l'ARS, et met en œuvre progressivement les actions correctives mais, au jour de la visite, toutes les recommandations ne sont pas levées. Les points faibles sont liés directement à la vétusté des réseaux qui ne permet pas de réaliser la désinfection des ballons d'eau chaude sanitaire.
La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.	Partiellement	L'établissement a identifié partiellement la nature des effluents et les risques s'y rattachant. La démarche n'est ni organisée, ni structurée.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un plan de maintenance préventive et curative des installations, élaboré avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), est mis en oeuvre.	Partiellement	Un plan de maintenance préventive et curative est défini et mis en œuvre par les services techniques et/ou de sociétés extérieures. Ce plan intègre, notamment, les actions formulées à la suite des recommandations de l'ARS, dans son rapport du 15 juillet 2010. Il est à noter qu'au jour de la visite, ces recommandations regroupées dans un plan d'actions formalisé ne sont pas toutes levées, certaines étant liées directement à la configuration des locaux et à la vétusté des réseaux. Pour le bassin de marche, les interventions réalisées par les services techniques et/ou les agents du service de rééducation font l'objet d'une protocolisation non validée par le CLIN. Les interventions pour la baignoire trèfle ne sont pas protocolisées.
Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), et tracés.	Partiellement	L'établissement a défini, en accord avec le CLIN, une campagne d'analyses de l'eau, tant sur l'eau potable que sur l'eau chaude sanitaire. Les résultats de ces analyses sont intégrés dans le carnet sanitaire. Concernant les installations de balnéothérapie, les analyses d'eau sont effectuées et classées dans le carnet sanitaire. Les contrôles journaliers, réalisés par le service de rééducation, sont également réalisés et tracés, et les feuilles de traçabilité sont conservées au sein du service. Ces éléments d'information ne sont pas toujours transmis à

	Partiellement	l'EOH et/ou au CLIN et partagés avec les services techniques, sachant que l'EOH n'est pas au jour de la visite opérationnelle, en raison de l'absence prolongée de l'infirmière hygiéniste.
Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré.	Oui	
Un suivi des différents types de rejet est assuré.	Non	Le suivi des différents rejets n'est pas assuré.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	Un plan d'actions a été défini, suite à l'inspection de l'ARS, mais les actions entreprises n'ont pas permis de lever toutes les recommandations formulées.

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

Critère 7.b Gestion de l'air

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

Nous n'avons pas de zone à environnement maîtrisé

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

En grande partie

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

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

Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Oui

Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.

Oui

Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.

Partiellement

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.	Partiellement	Une réflexion sur l'utilisation de sources d'énergie renouvelable est initiée dans le cadre du schéma directeur du projet d'établissement.

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les actions à mettre en oeuvre afin d'assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'EOH ou la CME.

Oui

En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations.

NA

L'établissement ne soustraite aucun service en matière d'hygiène des locaux

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.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH ou la CME.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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

Non

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Partiellement

Plusieurs procédures de gestion des déchets sont formalisées, validées par le CLIN, et diffusées et évaluées une fois par an. Le circuit des déchets est défini et respecté et les filières d'élimination sont organisées.

Le local intermédiaire du service de médecine est un lieu de stockage pour l'ensemble des déchets du service (déchets ménagers, DASRI), mais également pour le linge sale. La pose d'un ferme porte est programmé en juin afin de maintenir ce local fermé. Le projet de restructuration du service prévoit deux locaux distincts (un local déchet et un local linge sale).

Partiellement	<p>L'entretien est réalisé quotidiennement, et des actions ont été menées auprès des professionnels pour assurer la traçabilité. Les locaux de stockage terminal des DASRI et des déchets ménagers, créés en novembre 2012, sont sécurisés et identifiés. L'entretien hebdomadaire des locaux et des containers, propriété de la commune, est réalisé par un agent du service entretien de l'établissement. La traçabilité de ces interventions est assurée. Les audits, réalisés en 2010, relatifs notamment au tri des déchets, démontrent que les procédures, bien que formalisées et diffusées, ne sont pas toujours appliquées. Les audits, réalisés en 2011, relatifs au tri des déchets, démontrent que les procédures sont appliquées, et que les informations et les sensibilisations réalisées par l'EOH et les correspondants hygiène, suite aux résultats de l'audit de 2010, ont été efficaces.</p>
---------------	--

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le tri des déchets est réalisé.	Oui	Les audits, réalisés en 2011, relatifs au tri des déchets, démontrent que les procédures sont appliquées, et que les informations et les sensibilisations réalisées par l'EOH et les correspondants hygiène, suite aux résultats de l'audit de 2010, ont été efficaces.
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	En grande partie	Suite au rapport de certification initial, les locaux de stockage terminal des DASRI et des déchets ménagers, sécurisés et identifiés ont été créés en novembre 2012. L'entretien hebdomadaire des locaux et des containers a été organisé et la traçabilité de ces interventions mise en œuvre. Un plan de restructuration est en cours d'élaboration pour palier la vétusté de certains locaux propres à la gestion des déchets.
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	Oui	Les récentes fiches d'événement indésirables, relatives aux déchets, ont fait l'objet d'actions immédiates, notamment faire appel à la société de dératisation avec qui l'établissement a contractualisé, afin d'organiser des interventions de leur part. Les différents audits, réalisés en 2010 sur les collecteurs à aiguilles et le tri des déchets, ont donné lieu à des observations. Les actions correctives définies et/ou mises en place ont donné lieu à un nouvel audit en 2011, qui montre une nette amélioration des pratiques. Les deux audits (2010 et 2011), ayant été réalisés sur la base de la même grille d'audits, permettent ainsi une comparaison des résultats.
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Partiellement	

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

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

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.

Partiellement

Le projet d'établissement a organisé le déploiement de sa démarche qualité, au travers d'un programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins formalisé qui décline les objectifs d'amélioration de l'établissement, et mentionne l'état d'avancement des actions menées. Celles-ci fonctionnent avec un système de renvoi sur d'autres plans d'actions ou projets de l'établissement, rendant la lecture du programme et son suivi, difficiles. Le suivi opérationnel de ce programme est confié au responsable qualité, qui rend compte de l'état d'avancement des actions entreprises devant le COPIL.

Par ailleurs, la multiplicité des plans d'actions définis et mis en place à la suite de procédures (plan d'actions issu de l'auto-évaluation V2010 et trois plans d'actions distincts sur le médicament), ou issus du projet d'établissement (projet de soins par exemple), ou d'autres instances comme la CRU, interroge l'organisation mise en place en termes de pilotage, de coordination et de cohérence.

Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Partiellement	Le programme d'amélioration prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, mais n'intègre pas les dysfonctionnements, les risques majeurs et récurrents spécifiques à l'activité, ni les plans d'actions relatifs aux EPP ou les audits et les enquêtes réalisées par l'établissement.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	Au vu du contexte de l'établissement ce critère est non applicable.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme et l'état d'avancement des actions sont validés en COPIL, et font l'objet d'une présentation devant les autres instances de l'établissement.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Le COPIL en charge du programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins définit et programme les actions à mener. Chaque action est confiée à un « chef de projet », en charge d'en assurer la réalisation en fonction d'un calendrier de réalisation. Le responsable qualité réalise des points d'étape avec les responsables désignés. L'établissement développe et met en oeuvre, dans les services de médecine et de SSR, des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Le suivi des actions est assuré par les responsables désignés, en concertation avec le responsable qualité qui assure le suivi et l'actualisation du programme.

<p>L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le COPIL réalise un suivi des actions programmées, et procède aux ajustements à apporter au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Mais ces données ne sont pas utilisées pour réviser la politique qualité et sécurité des soins. L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité récemment mis en place ne fait pas encore l'objet d'une évaluation. L'établissement suit les indicateurs nationaux, depuis déjà plusieurs années.</p>
<p>Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le programme fait l'objet d'un suivi régulier par le COPIL, mais il n'est pas, toujours, réajusté en fonction des évaluations et des audits réalisés.</p>

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

Critère 8.b
Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins

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

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

Critère 8.c
Obligations légales et réglementaires

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.

Partiellement

La direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser à la suite des contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement met en oeuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires, en fonction du plan de priorisation.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

Critère 8.d
Evaluations des risques à priori

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risques sont mises en place.

En grande partie

Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.

En grande partie

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

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

Critère 8.e
Gestion de crise

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les situations de crise sont identifiées.

Oui

Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.

Oui

Les plans d'urgence sont établis.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Une Cellule de crise est opérationnelle.

Oui

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

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

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Une organisation existe pour le signalement et l'analyse des événements indésirables. Elle a fait l'objet d'une révision en 2010, pour permettre d'améliorer le dispositif et intégrer la fonction du coordinateur de la gestion des risques associés aux soins nommé récemment.

Les circuits sont définis, et la procédure est connue des professionnels. Elle est disponible dans les classeurs qualités mis à disposition des professionnels dans les services.

La procédure de signalement des événements indésirables décrit le circuit de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables déclarés sur une fiche papier disponible dans les services. La qualitiennne-gestionnaire des risques centralise les signalements, et les réoriente vers les personnes en charge des réponses et de la mise en œuvre des actions correctives. L'analyse de ces événements indésirables est confiée à la cellule qualité. Les événements indésirables relatifs à la prise en charge médicamenteuse sont traités par le comité de retour d'expériences (CREX).

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	La responsable assurance qualité réalise, régulièrement, des réunions d'information à destination du personnel de l'établissement. Elle se rend sur le terrain pour former les nouveaux arrivants, et donner des explications plus ciblées en fonction des besoins des professionnels. Le nombre de déclarations montre que le personnel sait utiliser le support de signalement
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	La qualitiennne-gestionnaire des risques est formée à l'utilisation des outils spécifiques relatifs à la gestion des risques ainsi qu'aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. Elle assure l'analyse des événements indésirables pour l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement. Cette analyse est soumise à la cellule qualité. Les membres de la cellule qualité, chargée de l'analyse des fiches d'événements indésirables, ont été formés aux méthodes de hiérarchisation et à l'analyse des causes par la qualitiennne-gestionnaire des risques.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	En grande partie	Le processus de hiérarchisation, inscrit sur le support de signalement des événements indésirables, permet à la qualitiennne d'identifier les événements les plus critiques, nécessitant une analyse profonde. La qualitiennne est formée aux analyses et aux méthodes utilisées, mais l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves, récemment initiée et prise en charge par les membres de la cellule qualité et du CREX (pour les événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse), n'est pas encore opérationnelle.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en oeuvre à la suite des analyses.	Oui	Des actions correctives sous forme de plan d'actions sont mises en oeuvre après analyse. Ces actions sont définies en collaboration avec les professionnels concernés, sont coordonnées par le gestionnaire des risques.

<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>Des analyses profondes des événements indésirables sont mises en place notamment pour les événements liés à la prise en charge médicamenteuse. Le dispositif de signalement et de recueil des erreurs médicamenteuses est en place et connu des professionnels. En 2011, un Comité de Retour d'Expérience (CREX) a été créé pour analyser et traiter ces événements. Le CREX se réunit régulièrement, et a procédé à trois analyses de causes profondes d'événements relatifs à des erreurs médicamenteuses, avec les personnels concernés.</p>
<p>L'efficacité des actions correctives est vérifiée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'efficacité des actions correctives est vérifiée au travers du suivi des bilans annuels des signalements. Des actions d'EPP ont été mises en œuvre, ainsi que quelques audits ciblés sur différentes thématiques, mais le dispositif en place ne permet pas de démontrer une amélioration des résultats sur la base d'objectifs et d'indicateurs. L'impact de ces actions est apprécié par la réapparition ou la récurrence de l'événement indésirable traité.</p>

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

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



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

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

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



Cotation	C	
Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score ICATB	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	C	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	En grande partie	L'établissement réalise, dans la plupart des cas, l'ajustement ATB entre la 24e et la 72e heure.

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

**Critère 8.i
Vigilances et veille sanitaire**

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place.

Oui

Une coordination, entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement, est organisée.

En grande partie

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.

Oui

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

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins**Critère 8.j
Maîtrise du risque transfusionnel**

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

Cotation**B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est en place.

Oui

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

Les procédures relatives à la maîtrise du processus transfusionnel sont mises en oeuvre.

Oui

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

La pertinence d'utilisation des produits sanguins labiles est évaluée.

Non

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

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

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

Cotation

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.

Non

Une procédure (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence), permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique, est formalisée et opérationnelle.

Non

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre, sous la responsabilité d'un professionnel identifié.

Oui

La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée, et les actions sont tracées.

Oui

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

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

Critère 9.a
Système de gestion des plaintes et des réclamations



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a défini une organisation pour la gestion des plaintes et des réclamations conforme à la réglementation en vigueur. La direction est en charge des relations avec les usagers et avec les représentants des usagers siégeant au sein de la CRU. Un registre unique est disponible à la direction pour les plaintes et les réclamations. Une procédure interne de gestion des réclamations est en place. Les usagers sont informés par le biais du livret d'accueil des modalités pratiques, pour formuler une plainte ou une réclamation, de la personne à qui l'adresser, des missions de la CRU et des possibilités de médiation. Les responsabilités sont définies. Les médiateurs (médecin et non-médecin) sont désignés.

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

Oui

L'établissement a mis en place un dispositif permettant un échange d'informations sur les plaintes et les réclamations, et le système de déclaration des événements indésirables. La qualicienne gestionnaire des risques, qui centralise les fiches d'événements indésirables, siège à la CRU, et assure la coordination entre la gestion des plaintes et les événements indésirables.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Lors de la réception d'une plainte, la direction procède à une enquête interne auprès des professionnels concernés, par le biais d'une demande d'information. En fonction du degré de gravité de la plainte, un travail de proximité peut être engagé avec les professionnels pour mettre en œuvre d'éventuelles actions correctives. Les professionnels de l'établissement participent aux réunions de la CRU, et sont informés du dispositif mis en place pour les gérer.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	L'établissement a mis en place un dispositif d'information du plaignant sur le traitement de sa plainte (lettre de réception), avec le rappel si besoin du recours possible au dispositif institutionnel de médiation. Une fois l'enquête menée et/ou les actions correctives mises en œuvre, la direction assure un retour d'information au plaignant par courrier ou lors d'un entretien de médiation.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Oui	L'intégralité des plaintes et réclamations est mise à disposition et examinée par les membres de la CRU. Le rapport de la CRU fait état du bilan des plaintes et des délais de réponse.

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.

En grande partie

Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.a - Court Séjour Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.

En grande partie

Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.

Non

La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.

En grande partie

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.

En grande partie

Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.

Non

La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.

En grande partie

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.b - Court Séjour
Respect de la dignité et de l'intimité du patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

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.

Partiellement

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.b - Soins de suite et/ou de réadaptation
Respect de la dignité et de l'intimité du patient****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

Oui

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

Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

Oui

Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

Oui

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

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

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

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

Partiellement

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.

Partiellement

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

En grande partie

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

Oui

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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.

Partiellement

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

En grande partie

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

Oui

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

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

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

En grande partie

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

NA

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

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

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

Oui

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

Oui

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.d - Soins de suite et/ou de réadaptation
Accueil et accompagnement de l'entourage****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

En grande partie

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

NA

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

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

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

Oui

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

Oui

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.e - Court Séjour****Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.

En grande partie

Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.

Partiellement

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

En grande partie

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.e - Soins de suite et/ou de réadaptation****Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.

En grande partie

Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.

Partiellement

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

En grande partie

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

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

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

Critère 11.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.

Oui

Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).

Oui

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

La stratégie de la prise en charge de la douleur est définie au sein du CLUD avec tous les acteurs concernés. Elle comprend les objectifs, l'identification des prises en charge de la douleur, un plan d'actions d'amélioration annuel et un bilan de réalisation. La stratégie est déployée dans les différents secteurs de l'établissement. La politique n'est pas formalisée.

Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.

Oui

Des protocoles d'évaluation et de prise en charge de la douleur actualisés et accessibles à tous les professionnels, sont en place. Ils sont adaptés à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques et aux traitements potentiellement douloureux. Les protocoles sont rédigés au sein du CLUD, présentés aux professionnels puis intégrés dans le classeur qualité des unités de soins.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.

Oui

Plusieurs formations sur les thèmes « La douleur », « La prévention de la douleur induite par les soins » ou encore « Douleur et soins palliatifs » sont dispensées annuellement par l'infirmière référente douleur et le médecin président du

	Oui	CLUD titulaires d'un diplôme universitaire « douleur ». Vingt professionnels infirmiers et aides-soignants ont bénéficié de formation au cours de l'année 2012. La formation tient compte de l'identification des besoins, des objectifs et cibles. Il existe un programme et des supports de formation.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Le CLUD a organisé un groupe de travail transversal sur le thème de l'éducation du patient à la prise en charge de sa douleur. Ce groupe a formalisé une procédure et plusieurs modes opératoires tels que : « L'éducation du patient à la pose d'un patch de "Durogésic" ou encore à « L'administration des interdoses de morphine ». Ces documents, adaptés à la pathologie et au type de patients, sont à disposition de l'ensemble des personnels. Le contrat d'engagement de la douleur est à disposition des patients dans le livret d'accueil.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » et de sa valeur de 90 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [83 %-97 %] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	L'évaluation de la douleur pour vérifier l'efficacité du traitement algique institué n'est pas toujours réalisée avec une échelle de façon formelle pour tous les patients. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations. Les modifications de traitement sont tracées dans le dossier patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Une échelle spécifique, l'échelle ECPA, est mise à disposition des professionnels ainsi qu'un protocole d'utilisation.
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.	Partiellement	Une enquête des pratiques, relatives à l'appropriation et l'utilisation par les professionnels des outils d'évaluation de la douleur, est en cours d'organisation par le CLUD.

<p>La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur « Prise en charge de la douleur ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation. L'établissement évalue également la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur à travers le questionnaire de sortie. De plus, une enquête a été menée auprès des patients en fin d'année 2010 : questionnaire d'évaluation de la prise en charge de la douleur.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont définies en cohérence avec les résultats des évaluations menées sur le plan institutionnel, notamment une fiche de traçabilité de l'évaluation de la douleur intégrée au dossier du patient. Le suivi de leur mise en œuvre est assuré par le CLUD, les cadres d'unités et le service qualité.</p>
<p>L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le CLUD participe aux réunions et travaux de l'interClud. En septembre 2011, l'établissement a organisé une soirée dédiée au partage d'expérience sur les pratiques de prise en charge de la douleur, regroupant des professionnels des services et des professionnels de santé externes : médecins libéraux, infirmiers, kinésithérapeutes, infirmiers d'EHPAD et des membres du CLUD d'établissements de soins du département.</p>

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

La stratégie de la prise en charge de la douleur est définie au sein du CLUD avec tous les acteurs concernés. Elle comprend les objectifs, l'identification des prises en charge de la douleur, un plan d'actions d'amélioration annuel et un bilan de réalisation. La stratégie est déployée dans les différents secteurs de l'établissement. La politique n'est pas formalisée.

Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.

Oui

Des protocoles d'évaluation et de prise en charge de la douleur actualisés et accessibles à tous les professionnels, sont en place. Ils sont adaptés à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques et aux traitements potentiellement douloureux. Les protocoles sont rédigés au sein du CLUD, présentés aux professionnels puis intégrés dans le classeur qualité des unités de soins.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.

Oui

Plusieurs formations sur les thèmes « La douleur », « La prévention de la douleur induite par les soins » ou encore « Douleur et soins palliatifs » sont dispensées annuellement par l'infirmière référente douleur et le médecin président du

	Oui	CLUD, titulaires d'un DU douleur. Vingt professionnels infirmiers et aides-soignants ont été formés au cours de l'année 2012. La formation tient compte de l'identification des besoins, des objectifs et cibles. Il existe un programme et des supports de formation.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Le CLUD a organisé un groupe de travail transversal sur le thème de l'éducation du patient à la prise en charge de sa douleur. Ce groupe a formalisé une procédure et plusieurs modes opératoires tels que l'éducation du patient à la pose d'un patch de durogésic ou encore à l'administration des interdoses de morphine. Ces documents adaptés à la pathologie et au type de patients sont à disposition de l'ensemble des personnels. Le contrat d'engagement de la douleur est à disposition des patients dans le livret d'accueil.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » et de sa valeur de 94 % avec un intervalle de confiance à 95 % =[88 %-99 %] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	L'évaluation de la douleur pour vérifier l'efficacité du traitement algique institué est réalisée avec une échelle et tracée dans le dossier. Le traitement est ajusté en fonction des évaluations, et les modifications de traitement sont enregistrées dans le dossier patient.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Une échelle spécifique, l'échelle ECPA, est mise à disposition des professionnels ainsi qu'un protocole d'utilisation.
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.	Partiellement	Une enquête des pratiques relative à l'appropriation et l'utilisation par les professionnels des outils d'évaluation de la douleur est en cours d'organisation par le CLUD.

<p>La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur « Prise en charge de la douleur ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation. L'établissement évalue également la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur à travers le questionnaire de sortie. De plus une enquête a été menée auprès des patients en fin d'année 2010 : questionnaire d'évaluation de la prise en charge de la douleur.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont définies en cohérence avec les résultats des évaluations menées sur le plan institutionnel, notamment une fiche de traçabilité de l'évaluation de la douleur intégrée au dossier du patient. Le suivi de leur mise en œuvre est assuré par le CLUD, les cadres de santé des unités et le service qualité.</p>
<p>L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le CLUD participe aux réunions et travaux de l'interClud. En septembre 2011, l'établissement a organisé une soirée dédiée au partage d'expérience sur les pratiques de prise en charge de la douleur, regroupant des professionnels des services et des professionnels de santé externes : médecins libéraux, infirmiers, kinésithérapeutes, infirmiers d'EHPAD et des membres du CLUD d'établissements de soins du département.</p>

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'organisation relative à la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est définie dans le projet du service concerné, et dans la convention signée entre l'établissement et le réseau d'appui : RESOPALID81. Deux lits du service de médecine sont réservés aux soins palliatifs. Une infirmière référente pour les soins palliatifs à mi-temps est dédiée, ses missions sont décrites dans une fiche de poste.
Cette organisation définit les objectifs en matière de prise en charge des besoins des patients en fin de vie, les processus en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement et les acteurs clefs. Elle intègre également l'intervention régulière d'un ou des membres de l'équipe d'appui RESOPALID81 : médecin, infirmière, assistante sociale. Un bilan annuel d'activités permet d'analyser le fonctionnement.

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

Oui

Le recueil et l'enregistrement de la personne de confiance ainsi que ceux relatifs aux directives anticipées font l'objet d'une procédure et de documents spécifiques de traçabilité qui sont complétés et intégrés au dossier du patient.

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	Un feuillet d'information sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements est intégré au livret d'accueil remis au patient. Le dispositif d'information est structuré.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Le service concerné par l'activité de soins palliatifs définit et met en oeuvre des projets individualisés de prise en charge, adaptés aux besoins des patients. Une fiche de démarche palliative permet de tracer l'évolution de la maladie et la réévaluation régulière des stratégies de soins. Elle est complétée quotidiennement par les soignants et à l'issue des réunions interdisciplinaires régulières. L'équipe dédiée, médecin, psychologue et l'infirmière référente en soins palliatifs assure le soutien et l'accompagnement des proches. Un dispositif de formation et de soutien des professionnels est également en place.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	L'infirmière référente en soins palliatifs est titulaire d'un DU soins palliatifs, et assure la formation en interne des professionnels de santé confrontés à ces situations. Une formation sur le thème « Accompagner la vie jusqu'au bout » dispensée par un organisme extérieur est également organisée. Par ailleurs, l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs dispense une formation intitulée « Soins palliatifs et douleur » ainsi qu'une formation sur « La gestion du deuil ».
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions pluriprofessionnelles sont organisées de façon hebdomadaire dans le service de médecine concerné par cette prise en charge. Elles permettent de réévaluer les stratégies de soins, de prendre les décisions de façon collégiale, d'assurer la compréhension par l'équipe des enjeux et des objectifs de la démarche palliative mise en place. Les comptes-rendus sont intégrés au dossier du patient. Un document formalise l'organisation de ces réunions auxquelles participent le cas échéant des membres de

	Oui	l'équipe d'appui du réseau : RESOPALID81.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Le service concerné par des situations de fin de vie met en place des actions de soutien et d'accompagnement de l'équipe afin d'éviter l'épuisement professionnel, notamment en situation de crise. Il s'agit d'un groupe de parole organisé à la demande des professionnels, et animé par la psychologue du service et l'infirmière référente en soins palliatifs.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	En grande partie	Les professionnels sont informés sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005, et sensibilisés à la démarche éthique, lors des sensibilisations et des formations relatives à la fin de vie, menées par l'infirmière référente en collaboration avec le RESOPALID81. Une plaquette d'information à l'attention des soignants et une à l'attention des patients sont en cours de finalisation.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles : JALMAV, ASP Tarn Nord. Ces associations ont été présentées aux équipes concernées. Elles travaillent en lien avec RESOPALID81. L'infirmière référente soins palliatifs participe à la formation des bénévoles. L'intervention des associations est effective, et est tracée sur la fiche spécifique de prise en charge intégrée au dossier du patient concerné.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	En grande partie	Le service identifié pour la prise en charge des patients dont l'état de santé nécessite la mise en oeuvre d'une démarche palliative est le service de médecine. Un audit relatif au remplissage de la fiche de démarche palliative est programmé en fin d'année 2012 afin d'évaluer la prise en charge. Par ailleurs, un bilan d'activité et du fonctionnement des soins palliatifs dispensés est réalisé annuellement par

	En grande partie	l'infirmière référente soins palliatifs et présenté à la CSIRMT et à la direction. Il ne fait pas l'objet d'une concertation formelle avec d'autres instances concernées : CRUQPC, Comité éthique, etc.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Partiellement	La réflexion et la discussion sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt des traitements curatifs, a récemment été engagée au sein des réunions pluridisciplinaires organisées dans le service. Elle n'est pas menée en lien avec un comité d'éthique.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration, concernant notamment des aménagements de confort du patient et de sa famille, sont définies en cohérence avec le bilan d'activité, et l'audit de la fiche de démarche palliative. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont assurés par l'infirmière référente en soins palliatifs et la cadre de santé du service.

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'organisation relative à la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est définie dans le projet du service concerné, et dans la convention signée entre l'établissement et le réseau d'appui : RESOPALID81. Deux lits du service de médecine sont réservés aux soins palliatifs. Une infirmière référente pour les soins palliatifs à mi-temps est dédiée, ses missions sont décrites dans une fiche de poste.
Cette organisation définit les objectifs en matière de prise en charge des besoins des patients en fin de vie, les processus en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement et les acteurs clefs. Elle intègre également l'intervention régulière d'un ou des membres de l'équipe d'appui RESOPALID81 : médecin, infirmière, assistante sociale. Un bilan annuel d'activités permet d'analyser le fonctionnement.

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	Le recueil et l'enregistrement de la personne de confiance ainsi que ceux relatifs aux directives anticipées font l'objet d'une procédure et de documents spécifiques de traçabilité, complétés et intégrés au dossier du patient.
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	Un feuillet d'information sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et à l'arrêt des traitements est intégré au livret d'accueil remis au patient. Le dispositif d'information est structuré.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Le service concerné par l'activité de soins palliatifs définit et met en œuvre des projets individualisés de prise en charge, adaptés aux besoins des patients. Une fiche de démarche palliative permet de tracer l'évolution de la maladie et la réévaluation régulière des stratégies de soins. Elle est complétée quotidiennement par les soignants et à l'issue des réunions interdisciplinaires régulières. L'équipe dédiée, médecin, psychologue et l'infirmière référente en soins palliatifs assure le soutien et l'accompagnement des proches. Un dispositif de formation et de soutien des professionnels est également en place.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	L'infirmière référente en soins palliatifs est titulaire d'un DU soins palliatifs, et assure la formation en interne des professionnels de santé confrontés à ces situations. Une formation sur le thème « Accompagner la vie jusqu'au bout » dispensée par un organisme extérieur est également organisée. Par ailleurs l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs dispense une formation intitulée « Soins palliatifs et douleur » ainsi qu'une formation sur « La gestion du deuil ».
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions pluriprofessionnelles sont organisées de façon hebdomadaire dans le service de médecine concerné par cette prise en charge. Elles permettent de réévaluer les stratégies de soins, de prendre les décisions de façon collégiale, d'assurer la compréhension par l'équipe des

	Oui	enjeux et des objectifs de la démarche palliative mise en place. Les comptes-rendus sont intégrés au dossier du patient. Un document formalise l'organisation de ces réunions auxquelles participent, le cas échéant, des membres de l'équipe d'appui du réseau : RESOPALID81.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Le service concerné par des situations de fin de vie met en place des actions de soutien et d'accompagnement de l'équipe afin d'éviter l'épuisement professionnel, notamment en situation de crise. Il s'agit d'un groupe de parole organisé à la demande des professionnels, et animé par la psychologue du service et l'infirmière référente en soins palliatifs.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	En grande partie	Les professionnels sont informés sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005, et sensibilisés à la démarche éthique, lors des sensibilisations et des formations relatives à la fin de vie, menées par l'infirmière référente en collaboration avec le RESOPALID81. Une plaquette d'information à l'attention des soignants et une à l'attention des patients sont en cours de finalisation.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles : JALMAV, ASP Tarn Nord. Ces associations ont été présentées aux équipes concernées. Elles travaillent en lien avec RESOPALID81. L'infirmière référente soins palliatifs participe à la formation des bénévoles. L'intervention des associations est effective, et est tracée sur la fiche spécifique de prise en charge intégrée au dossier du patient concerné.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (Comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	En grande partie	Le service identifié pour la prise en charge des patients dont l'état de santé nécessite la mise en oeuvre d'une démarche palliative est le service de médecine. Un audit relatif au remplissage de la fiche de démarche palliative est programmé en fin d'année 2012 afin d'évaluer la prise en

	En grande partie	charge. Par ailleurs, un bilan d'activité et du fonctionnement des soins palliatifs dispensés, est réalisé annuellement par l'infirmière référente soins palliatifs et présenté à la CSIRMT et à la direction. Il ne fait pas l'objet d'une concertation formelle avec d'autres instances concernées : CRUQPC, Comité éthique, etc.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Partiellement	La réflexion et la discussion sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt des traitements curatifs, a récemment été engagée au sein des réunions pluridisciplinaires organisées dans le service. Elle n'est pas menée en lien avec un comité d'éthique.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration, concernant notamment des aménagements de confort du patient et de sa famille, sont définies en cohérence avec le bilan d'activité, et l'audit de la fiche de démarche palliative. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont assurés par l'infirmière référente en soins palliatifs et la cadre de santé du service.

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

L'établissement a mis à disposition du personnel un guide définissant les règles de gestion du dossier du patient (contenu, classement, tenue, communication et archivage). La structuration et le classement des supports sont précisés, les responsabilités sont spécifiées, les principes de confidentialité y sont abordés. L'ensemble des documents est accessible à tous les professionnels de l'établissement dans les classeurs qualité. L'information sur les règles de tenue est assurée par les cadres et les membres de l'équipe aux nouveaux arrivants et aux stagiaires. Les principes d'archivage sont définis.

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

En grande partie

Les règles d'accès au dossier du patient, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont définies dans le guide de gestion mis en place. L'accès au logiciel de facturation est réglementé par

diffusées.	En grande partie	l'utilisation de profils informatiques prédéfinis. Ces règles sont diffusées aux professionnels habilités à accéder au dossier du patient, y compris aux intervenants extérieurs. L'accès aux dossiers anciens archivés est organisé. En revanche, Les locaux d'archivage des dossiers de patients ne sont pas conformes à la réglementation incendie (absence de portes coupe-feu, de ferme-porte, présence d'étagères et de palettes en bois).
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 classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 91 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [89 %–94 %] pour la campagne de recueil 2011.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	La partie papier du dossier est accessible aux professionnels dans la salle de soins du service de médecine, qui n'est pas fermée par clef ou digicode. Cependant, les dossiers sont situés dans un chariot fermé à clé. Le dossier suit le patient tout au long de son parcours et en cas de changement de prise en charge. La communication du dossier patient lors d'un transfert en dehors de l'établissement est assurée. Le patient part avec une fiche de liaison dûment renseignée et avec les documents nécessaires permettant le partage des informations pertinentes pour la coordination des soins.
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 du patient ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation, comme la réalisation de plusieurs audits internes relatifs à la gestion du dossier du patient.

Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les résultats de l'évaluation réalisée sur la tenue du dossier du patient sur la base des indicateurs IPAQSS et d'audits internes ont été analysés (CME et COPIL), et ont généré des axes d'amélioration.
---	-----	---

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

L'établissement a mis à disposition du personnel un guide définissant les règles de gestion du dossier du patient (contenu, classement, tenue, communication et archivage). La structuration et le classement des supports sont précisés, les responsabilités sont spécifiées, les principes de confidentialité y sont abordés. L'ensemble des documents est accessible à tous les professionnels de l'établissement dans les classeurs qualité. L'information sur les règles de tenue est assurée par les cadres et les membres de l'équipe aux nouveaux arrivants et aux stagiaires. Les principes d'archivage sont définis.

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

En grande partie

Les règles d'accès au dossier du patient, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont définies dans le guide de gestion mis en place. L'accès au logiciel de facturation est réglementé par l'utilisation de profils informatiques prédéfinis. Ces règles

	En grande partie	sont diffusées aux professionnels habilités à accéder au dossier du patient, y compris aux intervenants extérieurs. L'accès aux dossiers anciens archivés est organisé. En revanche, Les locaux d'archivage des dossiers de patients ne sont pas conformes à la réglementation incendie (absence de portes coupe-feu, de ferme-porte, présence d'étagères et de palettes en bois).
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 classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 94 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [88 %–99 %] pour la campagne de recueil 2011.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	La partie papier du dossier est accessible aux professionnels dans la salle de soins, qui n'est pas fermée par clef ou digicode. Cependant, les dossiers sont situés dans un chariot fermé à clé. Le dossier suit le patient tout au long de son parcours et en cas de changement de prise en charge. La communication du dossier patient, lors d'un transfert en dehors de l'établissement, est assurée. Le patient part avec une fiche de liaison dûment renseignée et avec les documents nécessaires permettant le partage des informations pertinentes pour la coordination des soins.
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 du patient ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation, comme la réalisation de plusieurs audits internes relatifs à la gestion du dossier du patient.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les résultats de l'évaluation réalisée sur la tenue du dossier du patient sur la base des indicateurs IPAQSS et d'audits internes ont été analysés (CME et COPIL), et ont généré des axes d'amélioration.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'accès du patient à son dossier fait l'objet d'une procédure en conformité avec les textes réglementaires en vigueur. Cette procédure, réactualisée en octobre 2010, décrit les modalités standards et spécifiques de cet accès. Des formulaires de demande, correspondant aux différents cas de figure sont mis à la disposition des personnels.

L'accès du patient à son dossier est abordé dans le livret d'accueil au travers notamment de la charte de la personne hospitalisée. Les modalités d'accès du patient à son dossier sont précisées et expliquées par le personnel soignant dès la phase d'admission.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Le patient est informé de ses droits d'accès à son dossier dans la charte de la personne hospitalisée affichée dans l'établissement et intégrée au livret d'accueil ; celui-ci présente également les conditions d'accès au dossier patient.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	En grande partie	En ce qui concerne les délais d'accès du patient à son dossier, la direction s'assure du respect de ce délai. Le rapport de la CRU de l'année 2011 fait mention de trois dossiers, pour lesquels les délais de transmission ne sont pas connus.
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	L'établissement enregistre peu de demandes d'accès au dossier, de l'ordre d'une dizaine par an. Les délais de transmission des dossiers aux patients ne font pas, par voie de conséquence, l'objet d'une analyse approfondie par la CRU, ni de la mise en place d'actions d'amélioration. Toutefois, l'établissement dispose d'une organisation et des ressources nécessaires pour gérer et mettre des actions correctives en œuvre si besoin.
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 des demandes de dossiers, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'accès du patient à son dossier est organisé.

Oui

L'accès du patient à son dossier fait l'objet d'une procédure en conformité avec les textes réglementaires en vigueur. Cette procédure, réactualisée en octobre 2010, décrit les modalités standards et spécifiques de cet accès. Des formulaires de demande, correspondant aux différents cas de figure sont mis à la disposition des personnels.
 L'accès du patient à son dossier est abordé dans le livret d'accueil au travers notamment de la charte de la personne hospitalisée. Les modalités d'accès du patient à son dossier sont précisées, et expliquées par le personnel soignant dès la phase d'admission.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Le patient est informé de ses droits d'accès à son dossier dans la charte de la personne hospitalisée affichée dans l'établissement et intégrée au livret d'accueil. Celui-ci présente également les conditions d'accès au dossier patient.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	En grande partie	En ce qui concerne les délais d'accès du patient à son dossier, la direction s'assure du respect de ce délai. Le rapport de la CRU de l'année 2011 fait mention de trois dossiers communiqués, pour lesquels, les délais de transmission ne sont pas connus.
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	L'établissement enregistre peu de demandes d'accès au dossier, de l'ordre d'une dizaine par an. Les délais de transmission des dossiers aux patients ne font pas l'objet d'une analyse ni de la mise en place d'actions d'amélioration. Toutefois, l'établissement dispose d'une organisation et des ressources nécessaires pour gérer et mettre des actions correctives en œuvre si besoin.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	La CRU est informée des demandes de dossiers, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a mis en œuvre une organisation permettant de garantir l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Un numéro IPP est attribué au patient, et des étiquettes avec son identification sont présentes sur les différents documents du dossier. Un contrôle de l'identité à l'aide de la carte d'identité est réalisé à l'admission. Les processus d'accueil et le circuit de prise en charge des patients sont adaptés à l'organisation de l'établissement et font l'objet de différentes procédures, réactualisée le 2 juillet 2012.

Des moyens adaptés à l'établissement : bracelet d'identité, recherches de doublons, etc. sont mis en œuvre afin de supprimer les failles sécuritaires.

Un groupe de travail a été constitué le 11 mai 2011, afin de mettre en place une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identité du patient à toutes les étapes de la prise en charge : rédaction de procédures le 01-11-2011, formation/information des professionnels à l'application de ces procédures en décembre 2011, sensibilisation des professionnels à l'identitovigilance (notamment lors des

	Oui	<p>formations/information sur les procédures ainsi que par le qualité info de mai 2012). Ce même groupe de travail est devenu la cellule d'identitovigilance en février 2012.</p> <p>La correspondante identitovigilante a été désignée par décision du directeur, en date du 13 septembre 2012.</p> <p>Enfin, la liste des agents infirmiers du service de médecine autorisés à créer des identités, en l'absence des personnels du bureau des entrées, a été arrêtée par le directeur, le 12 septembre 2012.</p> <p>Enfin, depuis le mois de juin 2012, la pose d'un bracelet d'identification est systématique pour les patients du service de médecine.</p> <p>Si une admission de patient a lieu en dehors des heures de présences des agents des admissions (présentes du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h), un profil utilisateur dans le logiciel de facturation a été élaboré au profit des infirmières de médecine, leur permettant de créer des identités provisoires et de sortir les planches d'étiquettes correspondantes.</p> <p>Toujours dans le cadre d'une admission de patient en dehors des heures de présence des agents des admissions, en cas de panne du logiciel de facturation, les infirmières sont autorisées à instituer des identités, via un logiciel créé en interne. Il permet de sortir des étiquettes sur lesquelles seul l'IPP n'apparaît pas. Ces étiquettes comprennent donc la date d'entrée, le nom, prénom, nom de jeune fille, sexe, date de naissance, lieu de naissance et le nom du service de soins. Dès l'ouverture du bureau des entrées, le dossier est élaboré dans le logiciel de facturation permettant de créer de nouvelles étiquettes (comportant le numéro IPP). Ces étiquettes sont transmises par l'agent du bureau des entrées en main propre à l'IDE du service, qui détruit instantanément les étiquettes provisoires.</p> <p>Cette organisation est formalisée dans des logigrammes présents dans les procédures relatives à la vérification de l'identité du patient durant sa prise en charge.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

<p>Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les agents du service des admissions et les soignants sont sensibilisés à l'identitovigilance. Ainsi, deux agents, l'adjoint des cadres hospitaliers responsable du bureau des admissions et le responsable informatique, ont participé à une journée de formation sur l'importance de l'identitovigilance dans la prise en charge médico-administrative du patient, organisée à Toulouse, le 24 juin 2011. Les personnels du bureau des admissions ainsi que les professionnels de santé ont été sensibilisés à la problématique de l'identitovigilance, en décembre 2011, lors de la présentation des procédures d'identitovigilance.</p> <p>Les personnes chargées de l'accueil administratif et les soignants sont sensibilisés au processus de collecte de la bonne identité, et à la vérification de l'identification du patient tout au long de la prise en charge ainsi qu'à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification. L'ouverture administrative d'un dossier s'accompagne toujours d'une recherche sur base de données, permettant d'avoir accès aux éventuels dossiers liés à des séjours antérieurs.</p>
<p>Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les informations, provenant de la carte mutuelle et du bulletin d'hospitalisation, permettent une vérification croisée. Les procédures d'identitovigilance sont connues et mises en œuvre. Ces procédures ont été réactualisées le 2 juillet 2012. Le personnel administratif, chargé de l'accueil du patient, vérifie l'identité du patient par le biais de sa carte d'identité, de son passeport ou de son permis de conduire.</p> <p>Un audit, réalisé le 9 mai 2012 en médecine, avait mis en évidence que la pièce d'identité dans le dossier du patient n'était presque jamais retrouvée. Sur neuf dossiers, celle-ci n'avait été retrouvée que deux fois. Suite à cet audit, un plan d'actions a été mis en place. Pour renforcer la demande de la pièce d'identité la procédure « Identitovigilance lors de l'accueil administratif du patient » a été complétée, en instaurant le statut provisoire des identités tant que la pièce officielle d'identité n'a pas été remise au bureau des</p>

	En grande partie	admissions. La date de la mise en place de cette procédure a été révisée le 2 juillet 2012.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	En grande partie	L'identité et la date de naissance sont demandées au premier contact par le personnel effectuant l'acte. Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique, mais cette vérification n'est pas tracée. Les étiquettes nominatives du patient constituent des éléments de vérification. Cette organisation est formalisée dans les logigrammes présents dans les procédures relatives à la vérification de l'identité du patient durant sa prise en charge.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge a été évaluée très récemment. Un audit a ainsi été réalisé le 9 mai 2012 en médecine sur l'identitovigilance, avec la sensibilisation des patients et familles par des affichages, la mise en place d'un statut provisoire des identités, tant que la pièce officielle d'identité n'a pas été remise au bureau des admissions. Cet audit a donné lieu à des actions correctives (ex. : intensifier la demande et l'obtention d'une pièce officielle d'identité dans les dossiers ou mise en place systématique du bracelet d'identification), qui ont pour la plupart été prises en compte, mais en l'absence d'un audit de contrôle, il est difficile de confirmer l'impact et l'efficacité de ces mesures. Ces actions ont été prises en compte dans la réactualisation des procédures (juillet 2012) et dans la pratique des professionnels administratifs et soignants. L'établissement a définit, par ailleurs, trois indicateurs mis en place depuis le début de l'année 2012 : nombre de doublons, nombre de corrections effectuées et nombre

En grande partie	d'événements indésirables.
------------------	----------------------------

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a mis en œuvre une organisation permettant de garantir l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Un numéro IPP est attribué au patient, et des étiquettes avec son identification sont présentes sur les différents documents du dossier. Un contrôle de l'identité, à l'aide de la carte d'identité, est réalisé à l'admission. Les processus d'accueil et le circuit de prise en charge des patients sont adaptés à l'organisation de l'établissement, et font l'objet de différentes procédures réactualisées le 2 juillet 2012.

Des moyens adaptés à l'établissement tels que bracelet d'identité, recherches de doublons, etc. sont mis en œuvre, afin de supprimer les failles sécuritaires.

Un groupe de travail a été constitué le 11 mai 2011, afin de mettre en place une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identité du patient à toutes les étapes de la prise en charge : rédaction de procédures le 01-11-2011, formation/information des professionnels à l'application de ces procédures en décembre 2011, sensibilisation des professionnels à l'identitovigilance (notamment lors des

Oui	<p>formations/information sur les procédures ainsi que par le qualité info de mai 2012). Ce même groupe de travail est devenu la cellule identitovigilance en février 2012.</p> <p>La correspondante identitovigilante a été désignée par décision du directeur, en date du 13 septembre 2012.</p> <p>Enfin, la liste des agents infirmiers du service de SSR autorisés à créer des identités, en l'absence des personnels du bureau des entrées, a été arrêtée par le directeur le 12 septembre 2012.</p> <p>Enfin, depuis le mois de juin 2012, la pose d'un bracelet d'identification est systématique pour les patients du service de SSR.</p> <p>Cette organisation est formalisée dans des logigrammes présents dans les procédures relatives à la vérification de l'identité du patient durant sa prise en charge.</p>
-----	---

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
<p>Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les agents du service des admissions et les soignants sont sensibilisés à l'identitovigilance. Ainsi deux agents, l'adjoint des cadres hospitaliers responsable du bureau des admissions et le responsable informatique, ont participé à une journée de formation sur l'importance de l'identitovigilance dans la prise en charge médico-administrative du patient, organisée à Toulouse le 24 juin 2011. Les personnels du bureau des admissions ainsi que les professionnels de santé ont été sensibilisés à la problématique de l'identitovigilance, en décembre 2011, lors de la présentation des procédures d'identitovigilance.</p> <p>Les personnes chargées de l'accueil administratif et les soignants sont sensibilisés au processus de collecte de la bonne identité et à la vérification de l'identification du patient, tout au long de la prise en charge, ainsi qu'à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification. L'ouverture administrative d'un dossier s'accompagne toujours d'une recherche sur base de données, permettant d'avoir accès aux éventuels dossiers liés à des séjours antérieurs.</p>

	Oui	
<p>Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les informations, provenant de la carte mutuelle et du bulletin d'hospitalisation, permettent une vérification croisée. Les procédures d'identitovigilance sont connues et mises en œuvre. Ces procédures ont été réactualisées le 2 juillet 2012. Le personnel administratif, chargé de l'accueil du patient, vérifie l'identité du patient par le biais de sa carte d'identité, de son passeport ou de son permis de conduire.</p> <p>Un audit, réalisé le 11 mai 2012 en SSR, avait mis en évidence que la pièce d'identité dans le dossier du patient n'était presque jamais retrouvée : sur dix dossiers, celle-ci n'avait été retrouvée qu'une seule fois. Suite à cet audit, un plan d'actions a été mis en place. Pour renforcer la demande de la pièce d'identité, la procédure « Identitovigilance lors de l'accueil administratif du patient » a été complétée en instaurant le statut provisoire des identités, tant que la pièce officielle d'identité n'a pas été remise au bureau des admissions. La date de la mise en place de cette procédure a été révisée le 2 juillet 2012.</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>L'identité et la date de naissance sont demandées au premier contact par le personnel effectuant l'acte. Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique, mais cette vérification n'est pas tracée. Les étiquettes nominatives du patient constituent des éléments de vérification.</p> <p>Cette organisation est formalisée dans les logigrammes présents dans les procédures relatives à la vérification de l'identité du patient durant sa prise en charge.</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, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge a été évaluée très récemment. Un audit a ainsi été réalisé le 9 mai 2012 en médecine sur l'identitovigilance, avec sensibilisation des patients et familles par des affichages, mise en place d'un statut provisoire des identités tant que la pièce officielle d'identité n'a pas été remise au bureau des admissions. Cet audit a donné lieu à des actions correctives (ex. : intensifier la demande et l'obtention d'une pièce officielle d'identité dans les dossiers ou mise en place systématique du bracelet d'identification), qui ont pour la plupart été prises en compte. Mais en l'absence d'un audit de contrôle, il est difficile de confirmer l'impact et l'efficacité de ces mesures.</p> <p>Ces actions ont été prises en compte dans la réactualisation des procédures (juillet 2012), et dans la pratique des professionnels administratifs et soignants.</p> <p>L'établissement a défini, par ailleurs, trois indicateurs mis en place depuis le début de l'année 2012 : nombre de doublons, nombre de corrections effectuées et nombre d'événements indésirables.</p>

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

B

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

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

Oui

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

En grande partie

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

Oui

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

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

Oui

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

Référence 16: l'accueil du patient

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

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

Critère 17.a - Court Séjour

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.

Oui

L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.

NA

L'établissement ne reçoit pas de patients en hospitalisation sans consentement, ni de patients détenus.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.

Oui

Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).

Oui

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

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

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

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

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

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

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

Critère 17.b Prise en charge somatique des patients



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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge somatique est formalisé.

NA

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

Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.

NA

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

Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.

NA

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

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Court Séjour

Continuité et coordination de la prise en charge des patients

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.

Oui

Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.

Oui

Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.

Oui

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.

Oui

Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.

Oui

Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les secteurs d'activité collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.

Oui

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

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

B

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

La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.

Oui

Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.

NA

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

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

Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.

Oui

Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.

Oui

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

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

B

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

La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.

Oui

Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.

NA

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

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

Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.

Oui

Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.

Oui

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

Oui

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

Oui

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Enfants et adolescents

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

NA

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

NA

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

En grande partie

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes démunies

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

Non

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

NA

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

NA

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.

Oui

L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.

Oui

Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.

Oui

Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » et de sa valeur de 91 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [85 %-97 %] pour la campagne de recueil 2011.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « dépistage des troubles nutritionnels". Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation. En 2011, les diététiciennes de l'établissement ont réalisé un audit de remplissage des fiches de surveillance alimentaire et hydrique.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.

Oui

L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.

Oui

Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.

Oui

Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » et de sa valeur de 100 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [100 %-100 %] pour la campagne de recueil 2011.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels ». Il a mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation. En 2011, les diététiciennes de l'établissement ont réalisé un audit de remplissage des fiches de surveillance alimentaire et hydrique.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.

Oui

Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.

Partiellement

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 19: Les prises en charge particulières**Critère 19.c - Soins de suite et/ou de réadaptation
Risque suicidaire**

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation**B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.

Oui

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

L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.

Oui

Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.

Partiellement

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'information de toute personne hospitalisée sans consentement (HDT ou HO), sur les modalités de son hospitalisation et les possibilités de recours, est organisée.

NA

Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Une sensibilisation et une formation des professionnels à ces modalités d'hospitalisation sont mises en place.

NA

Des procédures d'hospitalisation sans consentement sont mises en oeuvre.

NA

L'adhésion du patient à sa prise en charge est recherchée tout au long de son hospitalisation.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	
La CRU est tenue informée de l'ensemble des dysfonctionnements survenus au cours de la totalité du processus d'hospitalisation sans consentement, jusqu'à la levée de la mesure et des visites de la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).	NA	

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

La direction qualité a formalisé une politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse comportant des objectifs et un plan d'actions. Elle prend en compte les actions de bon usage des médicaments (CBUM), les suites d'inspection de la PUI, la prévention des risques associés à la prise en charge, la formation des professionnels et l'informatisation. Elle n'intègre pas, toutefois, l'organisation et les moyens pour assurer sa mise en œuvre, ainsi que les indicateurs de suivi. Elle a été présentée en juillet à la CME et validée sur le principe, mais doit être retravaillée avant sa diffusion et sa mise en œuvre effective. La candidature de la coordinatrice des soins a été proposée en CME pour assurer la fonction de responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, mais n'est pas validée par la direction à ce jour.

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

En grande partie

Le schéma directeur du système d'information intégré au projet d'établissement comporte le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse. Le déploiement du projet n'est pas planifié.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	Des outils d'aide à la prescription des médicaments tels que le Vidal, le livret thérapeutique, la base thériaque ainsi que des protocoles de prescription de médicaments spécifiques sont à la disposition des professionnels. Ils sont accessibles aux professionnels mais certains d'entre eux, intégrés au livret thérapeutique, sont d'élaboration ancienne 2006 et 2008.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Une formation « Prévenir les erreurs médicamenteuses évitables » a été organisée en 2011. Par ailleurs, une formation, concernant les événements indésirables associés aux soins dispensée aux médecins de l'établissement par la responsable qualité, a permis d'aborder le risque d'erreur médicamenteuse. Lors de ses visites dans les services de soins, le pharmacien mène également des actions de sensibilisation auprès des soignants. Un référent pharmaceutique en unité de soins est identifié au sein de chaque équipe. Ses missions sont définies.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Non	L'informatisation de la prescription médicale n'est pas engagée dans les unités de soins.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Des indicateurs quantitatifs de consommation des médicaments par classes thérapeutiques et des indicateurs qualitatifs : conformité des prescriptions, suivi des interventions du pharmacien auprès des médecins et des soignants, suivi des événements indésirables sont définis et suivis notamment dans le cadre du rapport d'étape annuel (REA) du contrat de bon usage du médicament.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le dispositif de signalement et de recueil des erreurs médicamenteuses est en place et connu des professionnels. En 2011, un Comité de Retour d'Expérience (CREX) a été créé pour analyser et traiter ces événements. Le CREX se réunit

	Oui	régulièrement et a procédé à trois analyses de causes profondes d'événements relatifs à des erreurs médicamenteuses, avec les personnels concernés.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	En grande partie	Trois plans d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse sont élaborés. Un est issu du CBUM et est suivi dans le cadre du rapport annuel, un autre est intégré à la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse mais n'est pas à ce jour mis en œuvre, et un troisième est défini et suivi par le Comité de Retour d'Expérience dans le cadre des analyses des erreurs. L'organisation en place ne favorise pas la coordination et le suivi des plans d'actions. La rétro-information des professionnels est assurée lors de réunions de service.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

La direction qualité a formalisé une politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse comportant des objectifs et un plan d'actions. Elle prend en compte les actions du contrat de bon usage des médicaments (CBUM), les suites d'inspection de la PUI, la prévention des risques associés à la prise en charge, la formation des professionnels et l'informatisation. Elle n'intègre pas, toutefois, l'organisation et les moyens pour assurer sa mise en œuvre, ainsi que les indicateurs de suivi. Elle a été présentée en juillet à la CME et validée sur le principe, mais doit être retravaillée avant sa diffusion et sa mise en œuvre effective. La candidature de la coordinatrice des soins a été proposée en CME, afin d'assurer la fonction de responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, mais n'est pas validée par la direction à ce jour.

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

En grande partie

Le schéma directeur du système d'information intégré au projet d'établissement comporte le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse. Le déploiement du projet n'est pas planifié.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	Des outils d'aide à la prescription des médicaments tels que le « Vidal », le livret thérapeutique, la base thériaque ainsi que des protocoles de prescription de médicaments spécifiques sont à la disposition des professionnels. Ils sont accessibles aux professionnels, mais certains d'entre eux, intégrés au livret thérapeutique, sont d'élaboration ancienne 2006 et 2008.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Une formation « Prévenir les erreurs médicamenteuses évitables » a été organisée en 2011. Par ailleurs, une formation concernant les événements indésirables associés aux soins dispensée aux médecins de l'établissement par la responsable qualité, a permis d'aborder le risque d'erreur médicamenteuse. Lors de ses visites dans les services de soins, le pharmacien mène également des actions de sensibilisation auprès des soignants. Un référent pharmaceutique en unité de soins est identifié au sein de chaque équipe. Ses missions sont définies.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Non	L'informatisation de la prescription médicale n'est pas engagée dans les unités de soins.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Des indicateurs quantitatifs de consommation des médicaments par classes thérapeutiques et des indicateurs qualitatifs, conformité des prescriptions, suivi des interventions du pharmacien auprès des médecins et des soignants, suivi des événements indésirables, sont définis et suivis notamment dans le cadre du rapport d'étape annuel (REA) du contrat de bon usage du médicament.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le dispositif de signalement et de recueil des erreurs médicamenteuses est en place et connu des professionnels. En 2011, un Comité de Retour d'Expérience (CREX) a été créé pour analyser et traiter ces événements. Le CREX se réunit

	Oui	régulièrement, et a procédé à trois analyses de causes profondes d'événements relatifs à des erreurs médicamenteuses, avec les personnels concernés.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	En grande partie	Trois plans d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse sont élaborés. Un est issu du CBUM, et est suivi dans le cadre du rapport annuel, un autre est intégré à la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse mais n'est pas à ce jour mis en œuvre, un troisième est défini, et suivi par le comité de retour d'expérience dans le cadre des analyses des erreurs. L'organisation en place ne favorise pas la coordination et le suivi des plans d'actions. La rétro-information des professionnels est assurée lors de réunions de service.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les règles de prescription sont décrites dans le guide d'utilisation du dossier patient et dans des protocoles intégrés au livret thérapeutique, notamment pour les médicaments stupéfiants ou anticoagulants. Les supports de prescription utilisés font l'objet d'améliorations régulières. Un support unique de prescription et d'administration des médicaments est en place.

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

Oui

À l'admission, le patient est informé de la nécessité de transmettre son traitement aux soignants. La gestion des traitements personnels des patients est formalisée dans une procédure connue et appliquée. Les médicaments sont conservés dans une boîte nominative, sur une étagère identifiée de l'armoire à pharmacie. Les prescriptions au cours du séjour et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le livret thérapeutique et le classeur spécifique au circuit du médicament diffusés dans tous les services de soins, comportent des documents formalisant l'analyse pharmaceutique, la dispensation, la dotation pour besoins urgents, l'acheminement sécurisé des médicaments, les conseils aux utilisateurs et l'optimisation des stocks de la pharmacie. Ils n'intègrent pas la délivrance nominative des médicaments.</p> <p>L'accès à la salle de soins est sécurisé par un digicode. L'armoire à pharmacie contenant le coffre réservé aux médicaments toxiques est sécurisée par un cadenas dont le code est changé tous les 3 mois. Cette gestion est formalisée par une procédure. Une organisation permettant de ne plus découper les plaquettes de médicaments et de conserver leur identification jusqu'au moment de l'administration a été définie et mise en œuvre et dans le groupement d'achat des produits pharmaceutiques des établissements du Groupe, le conditionnement unitaire est choisi en priorité.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles d'administration des médicaments sont décrites dans le guide de tenue du dossier patient. Un protocole de prescription et d'administration des stupéfiants est en place. Des fiches de bon usage des médicaments anticoagulants, néphrotoxiques ou encore antibiotiques à délivrance contrôlée sont intégrées au livret thérapeutique. Ces documents sont actualisés, et sont accessibles aux professionnels dans chaque salle de soins.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les règles de prescription sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 63 % pour la campagne de recueil 2011.</p> <p>L'établissement a défini et mis en œuvre un plan d'actions associé visant à améliorer ce score.</p>

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Partiellement	Le pharmacien réalise l'analyse pharmaceutique des prescriptions des patients admis en service de médecine, une fois par semaine. La délivrance des médicaments n'est pas nominative, elle est globale et hebdomadaire. Sauf pour les antibiotiques à délivrance contrôlée, les stupéfiants, les médicaments hors T2A ainsi que les médicaments non référencés (c'est-à-dire hors livret thérapeutique), pour lesquels la délivrance est nominative.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	L'établissement n'est pas concerné par la préparation de médicaments anticancéreux, radio-pharmaceutiques, pédiatrie, etc.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	L'information des patients et les conseils d'utilisation des médicaments sont dispensés lors des entretiens médicaux et soignants. Une fiche d'information sur la gestion de leur traitement personnel leur est remise à l'admission, et la plaquette diffusée lors de la semaine « Sécurité du patient » sur le bon usage des médicaments est mise à leur disposition. Des informations sont également remises à la sortie du patient, comme par exemple des plaquettes concernant les traitements anticoagulants. Le guide d'utilisation du dossier patient précise les fiches à utiliser pour assurer la traçabilité de l'information dans le dossier médical et paramédical. Toutefois, l'établissement n'a pas présenté d'éléments montrant que la traçabilité de cette information est effective.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel par le personnel infirmier, sur le support unique de prescription et d'administration des traitements, selon la procédure définie. Les supports sont ensuite classés dans le dossier.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Dans le cadre du suivi du contrat de bon usage des médicaments, un audit concernant la conformité de la prescription, l'analyse pharmaceutique et la traçabilité de l'administration a été réalisé en 2011. Une cartographie des risques a été élaborée par le CREX en mai 2012, et un plan d'actions d'amélioration a été défini. Par ailleurs, le pharmacien procède à une vérification des armoires à pharmacie et des chariots d'urgence des unités. Cette vérification est prévue annuellement, toutefois, l'établissement n'a pas présenté les éléments de preuve montrant le caractère effectif de cette évaluation.</p>
<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Un bilan des actions de bon usage du médicament inscrites dans le CBUM est réalisé lors du rapport d'étape annuel transmis à l'ARS. Un bilan des actions, définies lors des analyses des causes des erreurs médicamenteuses, est également réalisé par le CREX. Le comité de suivi de la prise en charge médicamenteuse a élaboré un plan d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en lien avec les engagements contenus dans le CBUM.</p>

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les règles de prescription sont décrites dans le guide d'utilisation du dossier patient et dans des protocoles intégrés au livret thérapeutique, notamment pour les médicaments stupéfiants ou anticoagulants. Les supports de prescription utilisés font l'objet d'améliorations régulières. Un support unique de prescription et d'administration des médicaments est en place.

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

Oui

À l'admission, le patient est informé de la nécessité de transmettre son traitement aux soignants. La gestion des traitements personnels des patients est formalisée dans une procédure connue et appliquée. Les médicaments sont conservés dans une boîte nominative, sur une étagère identifiée de l'armoire à pharmacie. Les prescriptions au cours du séjour et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le livret thérapeutique et le classeur spécifique au circuit du médicament diffusés dans tous les services de soins, comportent des documents formalisant : l'analyse pharmaceutique, la dispensation, la dotation pour besoins urgents, l'acheminement sécurisé des médicaments, les conseils aux utilisateurs et l'optimisation des stocks de la pharmacie. Ils n'intègrent pas la délivrance nominative des médicaments. Au cours de la visite des unités, les experts ont constaté que l'accès aux salles de soins n'est pas sécurisé, les portes ne sont pas fermées à clé. De même, les clés de l'armoire à pharmacie contenant le coffre réservé aux médicaments toxiques ne font pas l'objet d'une gestion sécurisée et formalisée par une procédure. Elles sont rangées dans un endroit connu de l'ensemble de l'équipe, le tiroir du bureau de la salle de soins. En fin de visite, l'établissement a équipé les armoires d'un cadenas à code et a élaboré un document « Modalités de détention du code de l'armoire à pharmacie » qui est en cours de diffusion. L'établissement n'est pas équipé d'un matériel permettant de reconditionner les médicaments, dont plusieurs ne bénéficient pas d'un conditionnement unitaire comportant leur identification jusqu'au moment de l'administration. Cependant, dans le groupement d'achat des produits pharmaceutiques des établissements de santé de Midi-Pyrénées, le conditionnement unitaire est choisi en priorité.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles d'administration des médicaments sont décrites dans le guide de tenue du dossier patient. Un protocole de prescription et d'administration des stupéfiants est en place. Des fiches de bon usage des médicaments anticoagulants, néphrotoxiques ou encore antibiotiques à délivrance contrôlée sont intégrées au livret thérapeutique. Ces documents sont actualisés, et sont accessibles aux professionnels dans chaque salle de soins.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>

Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 99 % pour la campagne de recueil 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	Le pharmacien réalise l'analyse pharmaceutique des prescriptions pour chaque patient admis en service de soins de suite et de réadaptation. La délivrance des médicaments est nominative dans ce service.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	L'établissement n'est pas concerné par la préparation de médicaments anticancéreux, radio-pharmaceutiques, pédiatrie, etc.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	L'information des patients et les conseils d'utilisation des médicaments sont dispensés lors des entretiens médicaux et soignants. Une fiche d'information sur la gestion de leur traitement personnel leur est remise à l'admission, et la plaquette diffusée lors de la semaine « Sécurité du patient » sur le bon usage des médicaments est mise à leur disposition. Des informations sont également remises à la sortie du patient, comme par exemple des plaquettes concernant les traitements anticoagulants. La traçabilité de l'information dans le dossier du patient n'est pas effective.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel par le personnel infirmier, sur le support unique de prescription et d'administration des traitements, selon la procédure définie. Les supports sont ensuite classés dans le dossier du patient.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Dans le cadre du suivi du contrat de bon usage des médicaments, un audit concernant la conformité de la prescription, l'analyse pharmaceutique et la traçabilité de l'administration, a été réalisé en 2011. Une cartographie des risques a été élaborée par le CREX en mai 2012, et un plan

Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	d'actions d'amélioration a été défini. Par ailleurs le pharmacien procède à une vérification des armoires à pharmacie et des charriots d'urgence des unités. Cette vérification n'est pas réalisée à périodicité définie.
	En grande partie	Un bilan des actions de bon usage du médicament inscrites dans le CBUM est réalisé lors du rapport d'étape annuel transmis à l'ARS. Un bilan des actions définies lors des analyses des causes des erreurs médicamenteuses est également réalisé par le CREX. L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse fait l'objet de plusieurs plans d'actions distincts et parfois redondants, issus des CBUM, CREX, cartographie des risques et politique, ne favorisant pas la lisibilité des actions engagées et le suivi effectif de l'état d'avancement.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

Critère 21.a - Court Séjour

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.

Oui

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des outils et Conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.

Oui

Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.

En grande partie

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

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

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.

Oui

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des outils et Conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport sont mis à disposition et connus des professionnels.

Oui

Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.

En grande partie

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

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

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le laboratoire de biologie médicale développe une politique institutionnelle de management de la qualité, en tenant compte de l'évolution de la réglementation qui conduit à l'accréditation.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La démarche qualité est mise en oeuvre, avec des échéances déterminées, compatibles avec le respect de la réglementation.

NA

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité du laboratoire de biologie médicale.

NA

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

Critère 22.a - Court Séjour

Demande d'examen et transmission des résultats

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).

Oui

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à la disposition des professionnels.

Oui

Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.

Partiellement

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

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

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).

Oui

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.

NA

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

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à la disposition des professionnels.

Oui

Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.

Partiellement

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

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité en imagerie.

Partiellement

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

**Critère 23.a - Court Séjour
Education thérapeutique du patient**

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

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

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

**Critère 23.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Education thérapeutique du patient**

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour Sortie du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 98 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [94 %-100 %] pour la campagne de recueil de 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation ». Il n'a pas mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

Référence 24: La sortie du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation » et de sa valeur de 99 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [95 %-100 %] pour la campagne de recueil de 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur « Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation ». Il n'a pas mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Non	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.

NA

Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés, selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	NA	
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	NA	
L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).	NA	
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.	NA	
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	NA	
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en oeuvre.	NA	

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

NA

Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).

NA

La Charte de fonctionnement, définie et validée par un Conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.

NA

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	NA	
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
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.	NA	
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en oeuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

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

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



Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

NA

Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.

NA

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.

NA

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

NA

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

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

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



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

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

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

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



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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, et sont formés, notamment en matière d'information des familles.	En grande partie	
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	L'établissement n'est pas autorisé à réaliser des prélèvements d'organes et de tissus.
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.	Partiellement	
--	---------------	--

Référence 27: Les activités de soins de suite et de réadaptation**Critère 27.a****Activités de soins de suite et de réadaptation****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

En grande partie

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

Le projet personnalisé de prise en charge, qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation, est élaboré avec le patient, son entourage, et en concertation avec tous les professionnels concernés.

En grande partie

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

Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.

Partiellement

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

L'établissement ne dispose pas d'une commission pluridisciplinaire dédiée, mais définit l'organisation des démarches d'EPP au sein de la CME. Celle-ci choisit les thématiques et identifie un médecin comme pilote pour chaque démarche. L'organisation en place et les missions des acteurs ne sont pas décrites de façon formelle. Les thèmes des EPP permettent de couvrir l'ensemble des secteurs d'activité, et sont en rapport avec les préoccupations des professionnels.

Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.

NA

L'établissement n'est pas soumis à l'obligation d'analyser de manière collective et selon une méthode structurée les décès, les complications ou les événements qui auraient pu causer un dommage au patient (presque accidents).

Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.

NA

L'établissement n'est pas soumis à l'obligation d'organiser des RCP.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.	En grande partie	Les démarches menées dans les différents secteurs permettent d'analyser les pratiques professionnelles en référence à des recommandations et selon une méthode reconnue. Des actions d'amélioration sont définies au sein de chaque groupe de travail. Elles ne font pas l'objet d'un plan d'actions formalisé avec un calendrier de réalisation, ne favorisant pas un suivi de leur état d'avancement. Chaque spécialité participe à une démarche EPP.
L'engagement des professionnels est effectif.	En grande partie	Les groupes d'EPP sont pluriprofessionnels et constitués sur la base du volontariat. Ils intègrent les professionnels concourant aux soins des secteurs d'activités cliniques et médico-techniques, médecins et non-médecins. La traçabilité de la participation des professionnels dans les réunions des groupes de travail n'est pas suivie.
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 médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Partiellement	La mesure d'impact est essentiellement réalisée pour les démarches d'EPP liées au recueil des indicateurs « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » et « Évaluation du risque d'escarres ». Le dispositif de mesure d'impact n'est pas organisé ni structuré.
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Non	Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique ne procèdent pas à l'évaluation de l'organisation mise en place.

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.b Pertinence des soins

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.

Partiellement

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.

En grande partie

Des démarches EPP, relatives à la pertinence des soins, notamment de prescriptions médicamenteuses (prescription d'Héparine à Bas Poids Moléculaire, prescription chez le sujet âgée ou prescription d'antibiotique), ont été mises en œuvre. Elles ont conduit à la mise en place d'actions d'amélioration, notamment des guides de bon usage des médicaments. Elles ne sont pas menées en fonction d'enjeux identifiés au sein des secteurs d'activité.

L'établissement n'a pas désigné de coordonnateur des EPP. Le suivi de la mise en œuvre est assuré par le pilote désigné pour chaque démarche, mais n'est pas réalisé selon une périodicité définie.

Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique assurent le suivi des actions d'amélioration et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.	Partiellement	Le suivi des actions d'amélioration identifiées est réalisé par chaque pilote, en réunion de CME ou en réunion de service. L'établissement n'a pas formalisé un plan d'actions relatif aux démarches d'EPP menées, avec des échéances et des périodicités définies. Le dispositif de mesure d'impact n'est pas mis en place.

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.c
Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.

En grande partie

Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs, lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	Non	L'établissement ne procède pas à la révision de la liste des indicateurs en concertation avec les professionnels et à périodicité définie.
---	-----	--

SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 11/09/2012 au 14/09/2012	Certification avec réserves	rapport de suivi	12
Rapport de suivi	MARS 2014	Certification avec réserves	plan d'action	3

	Visite initiale	Rapport de suivi
1.c (Démarche éthique)	Recommandation	Recommandation
1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Recommandation
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Recommandation	Recommandation
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Recommandation
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Réserve	Décision levée
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Recommandation
6.d (Gestion du linge)	Réserve	Recommandation
7.a (Gestion de l'eau)	Recommandation	Recommandation
7.e (Gestion des déchets)	Réserve	Décision levée
8.a (Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins)	Recommandation	Recommandation
8.h (Bon usage des antibiotiques)	Recommandation	Réserve

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Fiches de suivi engageant l'établissement pour la prochaine
procédure de certification

Les fiches de suivi donnent à l'établissement l'opportunité de montrer sa réactivité dans la résolution d'une problématique donnée et de rendre compte des actions menées. Ces fiches de suivi ont fait l'objet d'une analyse par la Haute Autorité de Santé ce qui lui a permis, le cas échéant, de modifier la cotation du critère impacté.

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la gestion du linge

Problématique:

E2-EA1 (Partiellement) :

Dysfonctionnement N°1 = Les locaux dédiés au linge sale et propre dans les services ne sont pas tous sécurisés (les locaux ne sont pas fermés à clef, voire les portes restent ouvertes du fait de l'encombrement du local). Les locaux de linge ne sont pas traités comme des locaux à risque (porte ouverte, absence de porte coupe feu)

Dysfonctionnement N°2 = Ces locaux dédiés à la fonction linge sont dégradés (service de médecine) et ne permettent pas le nettoyage et la désinfection satisfaisants. Des supports pour la traçabilité sont mis à disposition des agents, mais la traçabilité n'est pas toujours assurée et réalisée.

Dysfonctionnement N°3 = une ambulancière extérieure à l'établissement a manipulé successivement du linge sale puis du linge propre, sans port de gants ou lavage de mains.

Dysfonctionnement N°4 = Pendant le circuit un chariot de linge propre (vêtement professionnel pour la cuisine a été retrouvé dans le sous sol; les tenues étaient stockées à l'air libre sans protection (housse du chariot enlevé et film plastic arraché).

Dysfonctionnement N°5 = La configuration des locaux de la blanchisserie ne permet pas de garantir la qualité du nettoyage et de la désinfection en raison notamment de l'état des murs et plafonds et de la présence d'une table en bois utilisé pour le tri du linge propre.

Dysfonctionnement N°6 = le local de stockage des produits lessiviels n'est pas conforme aux règles applicables aux locaux à risque et de stockage de produits dangereux, et pour certains inflammables.

Résultats obtenus:

E2-EA1 (Partiellement) :

D1 : Un container linge de plus petite taille a été mis en place dans le service permettant de maintenir la porte du local linge sale fermée; De plus un ferme porte sera poser d'ici juin 2014 afin de maintenir cette porte fermée.

Enfin, des travaux de restructuration du service ont été validés par l'ARS; Ces travaux débuteront en 2015 avec une fin prévue en 2017; le tableau des surfaces contenu dans le PTD (Projet Technique Détaillé) prévoit 2 locaux distincts : 1 local linge sale et 1 local déchets; Cf. élément de preuve "E2EA1 Dys1 - Programme travaux"
La commission de sécurité du 2 décembre 2013 n'a pas émis de recommandations concernant l'absence de porte coupe feu pour les locaux dédiés aux linge.

D2 : Grâce aux travaux de restructuration cités ci-dessus, les locaux dédiés à la fonction linge (locaux neufs) permettront un nettoyage et une désinfection satisfaisants; De plus le cadre de santé du court séjour (qui est également le cadre coordonnateur en hygiène) a sensibilisé les agents de l'équipe hôtelière à la traçabilité systématique du nettoyage et de la désinfection des locaux dédiés à la fonction linge : Cf.élément de preuve "E2EA1 Dysf 2 - CR réunion EOH" ; Un audit a également été réalisé, il portait sur la traçabilité du nettoyage ainsi que sur l'aspect visuel du local, les résultats confirment que le local était propre et la traçabilité du nettoyage assurée : Cf.élément de preuve "E2EA1 Dysf 2 - Audit"

D3 : Deux affiches ont été mises sur les portes des locaux de stockage du linge :

une affiche : "interdiction à toute personne étrangère au service" ; l'autre "linge propre = main propre" : Cf.éléments de preuve "E2EA1 Dysf 3 - Affiche interdiction" et "E2EA1 Dysf 3 - Affiche mains propres"

De plus un rappel a été fait par le cadre de santé auprès des professionnels afin que le local de linge propre soit maintenu fermée à clé;

Enfin, dans l'objectif de ne plus avoir les locaux linge sale et linge propre a proximité et ainsi pour éviter le renouvellement de la situation de l'ambulancière extérieure (retracé dans le rapport de certification), le local de stockage du linge sale à été déplacé. Des travaux ont été entrepris pour déplacer ce local un peu plus loin dans le service.

D4 : Une fois les tenues propres retirées du chariot de linge, les agents de la cuisine stockent le chariot (vidé des tenues) dans un local (et non plus à l'extérieur) en attente d'une reprise par un agent de la blanchisserie. Ce chariot, qui peut contenir des tenues d'agents ne travaillant plus dans le service cuisine et donc à retourner à la blanchisserie, n'est donc plus stocké à l'extérieur.

D5 : Des travaux de rafraîchissements ont été réalisés à la blanchisserie : peinture et protection murale, permettant de garantir la qualité du nettoyage et de la désinfection : Cf. éléments de preuve "E2EA1 Dysf 5 - Facture travaux blanchisserie" + "E2EA1 Dysf 5 - Photo Blanchisserie" + "E2EA1 Dysf 5 - Photo Blanchisserie2"; La table en bois utilisé pour le ravaudage des vêtements a été retiré; L'atelier ravaudage a été déplacée dans un local extérieur à la blanchisserie;

D6 : Le local de stockage des produits lessiviels n'est pas conforme aux règles applicables aux locaux à risque et de stockage de produits dangereux :

1/ Une porte coupe feu a été mise en place le 18 février 2014; Cf. élément de preuve "E2EA1 Dysf 6 - Facture Porte coupe feu

2/ Une ventilation / extraction a été posée le 25 février 2014.

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Lucien JOUCLA	P.MANTAUX + C.AUDIBERT + L.DANTAN+ A.GOURC + D.HOCQUET + F.BALARD	C.MAHEU S.ORTIN

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E2-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°1 - Action 1 : Mettre à disposition du service un container linge de plus petite taille	Réalisée	17/09/12 00:00
E2-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°1 - Action 2 : Réaliser des travaux de restructuration du service afin d'avoir 2 locaux distincts (1 local linge sale et 1 local déchets) qui, de plus, permettront le nettoyage et la désinfection satisfaisants	Prévue	30/12/17 00:00
E2-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°1 - Action 3 : Mettre en place un ferme porte sur la porte du local déchets - linge sale du service de soins	Prévue	30/06/14 00:00
E2-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°2 - Action 2 : Sensibiliser les agents de l'équipe hôtelière à la traçabilité systématique du nettoyage et de la désinfection des locaux dédiés à la fonction linge + Audit sur l'aspect visuel du local et sur la traçabilité du nettoyage	Réalisée	26/09/13 00:00
E2-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°3 - Action 1 : Mettre une affiche "interdiction à toute personne étrangère au service" sur les portes des locaux de stockage du linge et mettre une affiche "linge propre = main propre" sur les portes des locaux de stockage du linge	Réalisée	17/09/12 00:00
E2-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°3 - Action 2 : Fermer à clé le local de linge propre	Réalisée	17/09/12 00:00
E2-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°3 - Action 3 : Réaliser des travaux afin de déplacer le local de stockage du linge sale et de l'éloigner du local linge propre	Réalisée	15/01/14 00:00
E2-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°4 : Stocker le chariot linge en attente d'une reprise par un agent de la blanchisserie, dans un local (et non plus à l'extérieur)	Réalisée	17/09/12 00:00
E2-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°5 : Action 1 : Réaliser des travaux de rafraîchissements à la blanchisserie	Réalisée	24/09/12 00:00
E2-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°5 : Action 2 : Déplacer l'atelier ravaudage dans un local extérieur à la blanchisserie et retirer ainsi la table en bois de la blanchisserie.	Réalisée	15/01/13 00:00
E2-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°6 : Action 1 : Mettre en place une porte coupe feu au local de stockage des produits lessiviels	Réalisée	18/02/14 00:00
E2-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°6 : Action 2 : Mettre en place une ventilation / extraction au local de stockage des produits lessiviels	Réalisée	25/02/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E2-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°2 - Action 2 : audit réalisé par l'EOH sur la traçabilité effective du nettoyage et désinfection des locaux dédiés à la fonction linge	Réalisée	15/10/13 00:00
Suivi de l'avancée du plan d'actions associé à la levée de la réserve	Réalisée	05/12/13 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Audit réalisé par l'EOH sur la traçabilité effective du nettoyage et désinfection des locaux dédiés à la fonction linge
L'état d'avancement du plan d'actions lié à la levée de réserve est abordée 2 à 3 fois par an par le groupe de travail crée pour la levée de la réserve.

Validation institutionnelle:

Travaux de restructuration du service de médecine inscrit au schéma directeur de travaux du projet d'établissement et dans le CPOM; Travaux validés par l'ARS Midi Pyrénées
Allocations de ressources matérielles et humaines afin de réaliser les différents travaux de rafraîchissement et de sécurisation à la blanchisserie, de réorganisation des locaux de linge dans les unités de soins.

Planification des revues de projet:

Le COPIL travaux vérifie la conformité des locaux prévu dans le PTD
Le COPIL qualité et Gestion des risques assure le suivi et la résolution des difficultés rencontrées ; l'état d'avancement du plan d'action est abordée en Commission Médicale d'établissement 2 fois par an ainsi qu'en CLIN "éco-logistique" 1 fois par an.

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la gestion des déchets

Problématique:

E1-EA3 (En grande partie) :

Dysfonctionnement N°1 =

Le local intermédiaire du service de médecine est un lieu de stockage pour l'ensemble des déchets du service (déchets ménagers, DASRI), mais également pour le linge sale. Ce local n'est pas fermé, et son entretien (sols uniquement) est réalisé, mais pas toujours tracé.

Dysfonctionnement N°2 =

Le stockage terminal des DASRI est assuré dans des locaux sécurisés, identifiés et disposant d'un point d'eau. Toutefois, il a été remarqué au cours de la visite qu'un local DASRI servait également à stocker un container linge sale

Dysfonctionnement N°3 =

Les containers des ordures ménagères sont stockées au sous sol du service de médecine dans une zone non sécurisées et accessible au public

Dysfonctionnement N°4 =

Ces containers propriété de la commune ne sont pas entretenus et lavés. La zone de stockage de ces containers n'est pas lavée

E2EA1 : (En grande partie) :

Les audits, réalisés en 2010, relatifs, notamment au tri des déchets, démontrent que les procédures, bien que formalisées et diffusées, ne sont pas toujours appliquées

E3-EA1 (Partiellement) :

Dysfonctionnement N°1

Les containers d'ordures ménagères stockées dans le sous sol du service de médecine ne sont pas sécurisés (absence de zone de stockage, les couvercles des containers ne sont pas rabattus et un container ne dispose plus de couvercle)

Dysfonctionnement N°2 = Dysfonctionnement N° 4 de E1-EA3 :

Ces containers mis à disposition par la commune ne sont pas lavés, désinfectés et entretenus régulièrement et la traçabilité de ces opérations n'est pas organisée.

Dysfonctionnement N°3 =

Cette situation a conduit deux agents à rédiger deux fiches d'événement indésirable, les 28 et 29 juillet 2012, signalant la présence de rats autour des poubelles. Au jour de la visite, et malgré ce double signalement, le problème n'est pas résolu, même si l'établissement envisage, prochainement, la création d'une zone de stockage sécurisée et conforme, située dans l'enceinte de l'établissement, mais pas à proximité immédiate des services de soins. Ainsi, l'établissement a mis à disposition des experts-visiteurs, pendant la visite, un devis en date du 27 juillet 2012 prévoyant la création d'un local « déchets », avec une date d'échéance au 30 août 2012. Au jour de la visite, ces travaux n'avaient pas reçu un début d'exécution.

E3-EA2 (Partiellement) : Les récentes fiches d'événement indésirables, relatives aux déchets, ont fait l'objet d'actions immédiates, notamment faire appel à la société de dératisation avec qui l'établissement a contractualisé, afin d'organiser des interventions de leur part.

Les différents audits, réalisés en 2010 sur les collecteurs à aiguilles et le tri des déchets, ont donné lieu à des observations. Les actions correctives définies et/ou mises en place ont donné lieu à un nouvel audit en 2011, qui montre une nette amélioration des pratiques. Les deux audits (2010 et 2011), ayant été réalisés sur la base de la même grille d'audits, permettent ainsi une comparaison des résultats.

Résultats obtenus:

E1-EA3 (En grande partie) :

D1 = Un container linge de plus petite taille a été mis en place dans le service permettant de maintenir la porte du local de stockage des déchets et du linge sale fermée; De plus une ferme porte sera posée d'ici juin 2014 afin de maintenir cette porte fermée.

Enfin, des travaux de restructuration du service ont été validés par l'ARS; Ces travaux débuteront en 2015 avec une fin prévue en 2017; le tableau des surfaces contenu dans le PTD (Projet Technique Détaillé) prévoit 2 locaux distincts : 1 local linge sale et 1 local déchets; Cf. élément de preuve "E1EA3 Dysf 1 - Programme travaux"

De plus le cadre de santé du court séjour (qui est également le cadre coordonnateur en hygiène) a sensibilisé les agents de l'équipe hôtelière à la traçabilité systématique du nettoyage et de la désinfection des locaux dédiés à la fonction linge : Cf. élément de preuve "E1EA3 Dysf 1 - CR réunion EOH" ; Un audit a également été réalisé, il portait sur la traçabilité du nettoyage ainsi que sur l'aspect visuel du local, les résultats confirment que le local était propre et la traçabilité du nettoyage assurée : Cf. élément de preuve "E1EA3 Dysf 1 - Audit"

D2 : Le Praticien hygiéniste nous a communiqué la réglementation concernant l'entreposage des DASRI; celle-ci prévoit que les DASRI puissent être stockés dans le même local que le linge sale : Cf. arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques, Article 8, 1° : "ils sont réservés à l'entreposage des déchets et peuvent servir, le cas échéant, à l'entreposage des produits souillés ou contaminés" : Cf. élément de preuve "E1EA3 Dys2 - Arrêté du 7 septembre 1999"

D3 : Des travaux ont été réalisés : 2 locaux d'entreposage terminal sécurisés et distincts ont été créés : un local DASRI et un local déchets ménagers réfrigéré en novembre 2012; Cf. éléments de preuve "E1EA3 Dys3 et E3EA1 - Facture travaux locaux déchets" + "E1EA3 Dys3 et E3EA1 - Photo locaux déchets1" + "E1EA3 Dys3 et E3EA1 - Photo locaux déchets2" + "E1EA3 Dys3 et E3EA1 - Photo locaux déchets3" + "E1EA3 Dys3 et E3EA1 - Photo locaux déchets4" + "E1EA3 Dys3 et E3EA1 - Photo locaux déchets5"

D4 : Les containers propriété de la commune sont entretenus et lavés par un agent du service entretien du Centre Hospitalier de Gaillac. Les locaux où sont désormais stockés ces containers sont lavés selon une fréquence hebdomadaire. La traçabilité de l'ensemble de ces opérations est assurée. Cf. élément de preuve "E1EA3 Dys4 - Traçabilité nettoyage locaux déchets et containers"

Un point d'eau a été mis en place à proximité des nouveaux locaux d'entreposage terminaux afin de faciliter le nettoyage du local

E2EA1 : (En grande partie) : D'après la fin du constat concernant l'élément EI - EA3, ce dysfonctionnement a été levé par la HAS, dans son rapport faisant suite aux observations de l'établissement : je cite la fin du constat concernant l'élément EI - EA3 : "Les audits, réalisés en 2010, relatifs notamment au tri des déchets, démontrent que les procédures, bien que formalisées et diffusées, ne sont pas toujours appliquées. Les audits, réalisés en 2011, relatifs au tri des déchets, démontrent que les procédures sont appliquées, et que les informations et les sensibilisations réalisées par l'EOH et les correspondants hygiène, suite aux résultats de l'audit de 2010, ont été efficaces"

E3-EA1 (Partiellement) :

D1 : Les containers d'ordures ménagères sont désormais stockés dans un local d'entreposage terminal créé en fin d'année 2012, les couvercles des containers sont rabattus et le container qui ne disposait plus de couvercle a été remplacé par la commune ; Cf. éléments de preuve "E1EA3 Dys3 et E3EA1 - Facture travaux locaux déchets" + "E1EA3 Dys3 et E3EA1 - Photo locaux déchets1" + "E1EA3 Dys3 et E3EA1 - Photo locaux déchets2" + "E1EA3 Dys3 et E3EA1 - Photo locaux déchets3" + "E1EA3 Dys3 et E3EA1 - Photo locaux déchets4" + "E1EA3 Dys3 et E3EA1 - Photo locaux déchets5"

D2 : Les containers propriété de la commune sont entretenus et lavés par un agent du service entretien du Centre Hospitalier de Gaillac. Les locaux où sont

désormais stockés ces containers est lavé selon une fréquence hebdomadaire. La traçabilité de l'ensemble de ces opérations est assurée; Un point d'eau a été mis en place à proximité des nouveaux locaux d'entreposage terminaux afin de faciliter le nettoyage des containers ; Cf. élément de preuve "E1EA3 Dys4 - Traçabilité nettoyage locaux déchets et containers"

D3 : Des travaux ont été réalisés : 2 locaux d'entreposage terminal sécurisés et distincts ont été créés : un local DASRI et un local déchets ménagers réfrigéré en novembre 2012 ; Cf. éléments de preuve "E1EA3 Dys3 et E3EA1 - Facture travaux locaux déchets" + "E1EA3 Dys3 et E3EA1 - Photo locaux déchets1" + "E1EA3 Dys3 et E3EA1 - Photo locaux déchets2" + "E1EA3 Dys3 et E3EA1 - Photo locaux déchets3" + "E1EA3 Dys3 et E3EA1- Photo locaux déchets4" + "E1EA3 Dys3 et E3EA1- Photo locaux déchets5"

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Lucien JOUCLA	C.AUDIBERT + L.DANTAN+ D.HOCQUET + F.BALARD + A.GOURC	C.MAHEU S.ORTIN

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA3 (En grande partie) : Dysfonctionnement N°1 - Action 1 : Réaliser des travaux de restructuration du service afin d'avoir 2 locaux distincts : 1 local linge sale et 1 local déchets	Prévue	30/12/17 00:00
E1-EA3 (En grande partie) : Dysfonctionnement N°1 - Action 2 : Sensibiliser les agents de l'équipe hôtelière à la traçabilité systématique du nettoyage et de la désinfection des locaux dédiés à la fonction linge + Audit sur l'aspect visuel du local et sur la traçabilité du nettoyage	Réalisée	26/09/13 00:00
E1-EA3 (En grande partie) : Dysfonctionnement N°3 : Créer des locaux d'entreposage terminaux de déchets sécurisés et distincts : un local DASRI et un local déchets ménagers réfrigéré.	Réalisée	19/11/12 00:00
E1-EA3 (En grande partie) : Dysfonctionnement N°4 - Action 1 : Mettre en place le nettoyage et la désinfection des nouveaux locaux déchets au moins 1 fois par semaine (2 fois par semaine l'été) et assurer la traçabilité.	Réalisée	01/01/13 00:00
E1-EA3 (En grande partie) : Dysfonctionnement N°4 - Action 2 : Mettre un point d'eau à disposition à proximité des nouveaux locaux d'entreposage terminaux	Réalisée	02/12/13 00:00
E3-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°1 - Action 1 = Créer des locaux d'entreposage terminal de déchets sécurisés et distincts : un local DASRI et un local déchets ménagers réfrigéré.	Réalisée	19/11/12 00:00
E3-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°1 - Action 2 = Faire remplacer par la commune le container ne disposant pas de couvercle	Réalisée	19/11/12 00:00
E3-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°2 - Action 1 = Mettre un point d'eau à disposition à proximité des nouveaux locaux d'entreposage terminaux	Réalisée	02/12/13 00:00
E3-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°2 - Action 2 = Mettre en place le nettoyage et la désinfection des nouveaux locaux déchets au moins 1 fois par semaine (2 fois par semaine l'été) et assurer la traçabilité.	Réalisée	01/01/13 00:00
E3-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°3 : Créer des locaux d'entreposage terminal de déchets sécurisés et distincts : un local DASRI et un local déchets ménagers réfrigéré.	Réalisée	19/11/12 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA3 (En grande partie) : Dysfonctionnement N°4 - Action 1 et E3-EA1 (Partiellement) : Dysfonctionnement N°2 - Action 2 : Audit 2 fois par an sur la traçabilité du nettoyage des locaux déchets et des containers	Prévue	10/06/14 00:00
E1-EA3 (En grande partie) : Dysfonctionnement N°1 - Action 2 : Audit réalisé par l'EOH sur la traçabilité effective du nettoyage et désinfection des locaux dédiés aux déchets et linges sales dans les unités de soins	Réalisée	15/10/13 00:00
Suivi de l'avancée du plan d'actions associé à la levée de la réserve	En cours	30/06/14 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Audit 2 fois par an sur la traçabilité du nettoyage des locaux déchets et des containers
 Audit 1 fois par an sur la traçabilité du nettoyage du local d'entreposage intermédiaire des déchets dans les unités de soins
 L'état d'avancement du plan d'actions lié à la levée de réserve est abordée 2 à 3 fois par an par le groupe de travail crée pour la levée de la réserve.

Validation institutionnelle:

Travaux de restructuration du service de médecine inscrit au schéma directeur de travaux du projet d'établissement et dans le CPOM; Travaux validés par l'ARS Midi Pyrénées
 Allocations de ressources matérielles et humaines afin de réaliser la création des locaux d'entreposage terminaux.

Planification des revues de projet:

Le COPIL travaux vérifie la conformité des locaux prévu dans le PTD
 Le COPIL qualité et Gestion des risques assure le suivi et la résolution des difficultés rencontrées ; l'état d'avancement du plan d'action est abordée en Commission Médicale d'établissement 2 fois par an ainsi qu'en CLIN "éco-logistique" 1 fois par an.

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient en court séjour

Problématique:

E1-EA3 (Partiellement)

Dysfonctionnement N°1 :

Le livret thérapeutique et le classeur spécifique au circuit du médicament diffusés dans tous les services de soins, comportent des documents formalisant l'analyse pharmaceutique, la dispensation, la dotation pour besoins urgents, l'acheminement sécurisé des médicaments, les conseils aux utilisateurs et l'optimisation des stocks de la pharmacie. Ils n'intègrent pas la délivrance nominative des médicaments.

Dysfonctionnement N°2 :

Au cours de la visite des unités, les experts ont constaté que l'accès aux salles de soins n'est pas sécurisé ; les portes ne sont pas fermées à clé.

Dysfonctionnement N°3 :

De même, les clés de l'armoire à pharmacie contenant le coffre réservé aux médicaments toxiques ne font pas l'objet d'une gestion sécurisée et formalisée par une procédure. Elles sont rangées dans un endroit connu de l'ensemble de l'équipe ; le tiroir du bureau de la salle de soins. En fin de visite, l'établissement a équipé les armoires d'un cadenas à code, et a élaboré un

document « Modalités de détention du code de l'armoire à pharmacie » qui est en cours de diffusion

Dysfonctionnement N°4 :

L'établissement n'est pas équipé d'un matériel permettant de reconditionner les médicaments, dont plusieurs ne bénéficient pas d'un conditionnement unitaire comportant leur identification jusqu'au moment de l'administration. Cependant, dans le groupement d'achat des produits pharmaceutiques des établissements de santé de Midi-Pyrénées, le conditionnement unitaire est choisi en priorité.

E2 - EA1 (En grande partie): Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier patient » et de sa valeur de 63 % pour la campagne de recueil 2011.

E2 - EA2 (Partiellement):

Dysfonctionnement N°1 :

Le pharmacien réalise l'analyse pharmaceutique des prescriptions de deux patients admis en service de médecine, une fois par semaine.

Dysfonctionnement N°2 :

La délivrance des médicaments n'est pas nominative, elle est globale et hebdomadaire. Sauf pour les antibiotiques à délivrance contrôlée, les stupéfiants, les médicaments hors T2A ainsi que les médicaments non référencés (c'est-à-dire hors livret thérapeutique), pour lesquels la délivrance est nominative.

E2 - EA4 (En grande partie) : L'information des patients et les conseils d'utilisation des médicaments sont dispensés lors des entretiens médicaux et soignants. Une fiche d'information sur la gestion de leur traitement personnel leur est remise à l'admission, et la plaquette diffusée lors de la semaine « Sécurité du patient » sur le bon usage des médicaments est mise à leur disposition. Des informations sont également remises à la sortie du patient, comme par exemple des plaquettes concernant les traitements anticoagulants. La traçabilité de l'information dans le dossier du patient n'est pas effective.

E3 - EA1 (En grande partie) : Dans le cadre du suivi du contrat de bon usage des médicaments, un audit concernant la conformité de la prescription, l'analyse pharmaceutique et la traçabilité de l'administration, a été réalisé en 2011. Une cartographie des risques a été élaborée par le CREX en mai 2012, et un plan d'actions d'amélioration a été défini. Par ailleurs le pharmacien procède à une vérification des armoires à pharmacie et des chariots d'urgence des unités. Cette vérification n'est pas réalisée à périodicité définie.

E3 - EA2 (En grande partie) : Un bilan des actions de bon usage du médicament inscrites dans le CBUM est réalisé lors du rapport d'étape annuel transmis à l'ARS. Un bilan des actions définies lors des analyses des causes des erreurs médicamenteuses est également réalisé par le CREX. L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse fait l'objet de plusieurs plans d'actions distincts et parfois redondants, issus des CBUM, CREX, cartographie des risques et politique, ne favorisant pas la lisibilité des actions engagées et le suivi effectif de l'état d'avancement.

Résultats obtenus:

E1-EA3 (Partiellement)

D1 : Attente de l'informatisation pour formaliser et mettre en place la délivrance nominative

D2 et D3 : La sécurisation de l'accès aux médicaments est effective : sécurisation de la salle de soins par la mise en place d'un digicode et sécurisation de l'armoire à pharmacie par la mise en place d'un cadenas (avec changement du code tous les 3 mois) - Cf. éléments de preuve : "E1EA3 D2D3 -Procédure changement code" et "E1EA3 D2D3 - Emargement code pharmacie"

D4 : En juin 2012, le pharmacien, le cadre de service du court séjour et les IDE ont travaillé sur une organisation de l'administration qui permet de ne plus découper les plaquettes de médicaments jusqu'au moment de l'administration des traitements au patient. Cf. éléments de preuve "E1EA3 D4 - Distribution nominative" et "E1EA3 D4 - Évaluation du chariot à médicament"

E2 - EA1 (En grande partie):

La fréquence des recueils des indicateurs IPAQSS a été revue : tous les 2 ans désormais; de ce fait la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier patient » reste à ce jour la valeur de la campagne de recueil 2011 c'est à dire : 63 %. Cependant, il est à noter que la seule cause de non-conformité relevée par la HAS sur ce critère est : "le nom du prescripteur"; Aussi l'établissement a modifié la feuille de prescription en juin 2012 afin d'avoir 2 colonnes distinctes pour le nom et la signature du prescripteur. Ainsi, dans le cadre du suivi du contrat de bon usage des médicaments, un audit concernant (entre autre) la conformité de la prescription a permis d'apprécier l'amélioration du critère "nom du prescripteur" : Cf. document preuve "E2EA1 - Audit REA 2013"

E2 - EA2 (Partiellement):

D1 : L'analyse pharmaceutique des prescriptions est à ce jour réalisée pour deux patients admis en service de médecine, une fois par semaine.

D2 : Attente de l'informatisation pour mettre en place la dotation nominative; Le cahier des charges relatif à l'informatisation est en cours d'aboutissement; Le marché devrait être lancé courant 2ème trimestre 2014. L'informatisation sera effective pour l'ensemble des patients en fin d'année 2015.

E2 - EA4 (En grande partie) :

Les médecins du service ont modifiés le dossier médical de façon à pouvoir tracer l'information donnée au patient et/ou à sa famille sur "le bon usage des médicaments". De même, le cadre de santé du court séjour a sensibilisé le personnel paramédical sur la traçabilité de cette information dans la macro cible de sortie ou les transmissions soignantes

Cf. document preuve "E2EA4 - Guide dossier patient réactualisé 2013" pages 8 et 12 (en rouge)

E3 - EA1 (En grande partie) : le pharmacien procède à une vérification des armoires à pharmacie et des chariots d'urgence des unités. Cette vérification est réalisée 1 fois par an. Cf. élément de preuve "E3EA1 - Grille évaluation stock"

E3 - EA2 (En grande partie) : Un comité de suivi de la prise en charge médicamenteuse a été mis en place afin d'assurer le suivi du CBUMPP signé avec l'ARS Midi Pyrénées mais également de mettre en place un programme d'actions unique en relation avec la prise en charge médicamenteuse et les engagements contenus dans le CBUM. Ce comité a donc élaboré ce plan d'action le 21 novembre 2013; Cf. élément de preuve "E3EA2 - PAQ PECMed"

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Nadia PAPIN	C.ETIENNE C.AUDIBERT C.BAIETTO	S.ORTIN Médecins court séjour

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA3 (Partiellement)- Dysfonctionnement N°1 : Formalisation de la délivrance nominative	Prévue	01/12/15 00:00
E1-EA3 (Partiellement)- Dysfonctionnement N°2 : Sécuriser l'accès à la salle de soins : Mise en place d'un digicode sur la porte de l'infirmerie	Réalisée	03/06/13 00:00
E1-EA3 (Partiellement)- Dysfonctionnement N°3 : Diffusion de la procédure "modalités de détention du code de l'armoire à pharmacie"	Réalisée	24/09/12 00:00
E1-EA3 (Partiellement)- Dysfonctionnement N°4 : Mise en place d'une organisation de l'administration qui permet de ne plus découper les plaquettes de médicaments jusqu'à l'administration des médicaments au patient	Réalisée	04/06/12 00:00
E2 - EA1 (En grande partie): Modification de la feuille de prescription afin d'avoir 2 colonnes distinctes pour le nom et la signature du prescripteur; Renseignement des 2 colonnes par les médecins pour chaque prescription médicamenteuse	Réalisée	04/06/12 00:00
E2 - EA2 (Partiellement)- Dysfonctionnement N°1 - Action 1 : Informatisation de la prescription (cahier des charges en cours d'aboutissement)	Prévue	30/12/15 00:00
E2 - EA2 (Partiellement)- Dysfonctionnement N°1 - Action 2 : Analyse pharmaceutique pour l'ensemble des patients	Prévue	01/01/16 00:00
E2 - EA2 (Partiellement)- Dysfonctionnement N°2 : Mise en place de la délivrance nominative pour l'ensemble des médicaments	Prévue	01/01/16 00:00
E2 - EA4 (En grande partie) - Action N°1 : Dans le dossier médical : ajout d'un encart permettant aux médecins de tracer l'information du patient et/ou de sa famille sur "le bon usage des médicaments"	Réalisée	03/06/13 00:00
E2 - EA4 (En grande partie) - Action N°2 : rappel et sensibilisation de l'équipe paramédicale par le cadre de santé sur la traçabilité de l'information du patient et/ou de sa famille sur "le bon usage des médicaments" dans la macro cible de sortie	Réalisée	03/06/13 00:00
E3 - EA1 (En grande partie) : Action N°1 : Définir la périodicité de la vérification des armoires à pharmacie et des chariots d'urgence des unités réalisée par la pharmacie	Réalisée	03/02/14 00:00
E3 - EA1 (En grande partie) : Action N°2 : Vérification mensuelle réalisée par les IDE des unités de soins : sac d'urgence (précédemment chariot d'urgence) et périmés de l'armoire à pharmacie	Réalisée	01/01/11 00:00
E3 - EA2 (En grande partie) : L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un seul plans d'actions élaboré et suivi par le comité de suivi de la prise en charge médicamenteuse	Réalisée	21/11/13 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA3 (Partiellement)- Dysfonctionnement N°3 : Evaluer le respect de la procédure de changement du code	Prévue	15/12/14 00:00
E2 - EA1 (En grande partie): Dans le cadre du suivi du contrat de bon usage des médicaments, un audit concernant (entre autre) la conformité de la prescription permet d'apprécier l'amélioration du critère "nom du prescripteur" sur un minimum de 300 lignes de prescriptions de l'année 2013	Réalisée	31/12/13 00:00
E2 - EA1 (En grande partie): IPAQSS "tenue du dossier patient"	Prévue	17/05/14 00:00
E2 - EA2 (Partiellement)- Dysfonctionnement N°1 - Action 1 et Action 3 E2 - EA2 (Partiellement)- Dysfonctionnement N°2 Dans le cadre du CBUM : suivi des indicateurs de résultats : Nbre de lits et places MCO où les étapes Prescription + Analyse pharmaceutique + Administration du circuit des médicaments sont informatisées / Nbre de lits et places MCO	Réalisée	15/10/13 00:00
E2 - EA4 (En grande partie) - Action N°1 et Action N°2 : évaluation de la traçabilité de l'information du patient et/ou de sa famille sur "le bon usage des médicaments"	Réalisée	15/11/13 00:00
Suivi de l'avancée de l'informatisation par le COPIL en charge du projet	En cours	30/12/15 00:00
Suivi de l'avancée du plan d'actions associé à la levée de la réserve	En cours	16/06/14 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

IPAQSS "tenue du dossier patient";
Indicateurs de résultats liés au CBUM : Nbre de lits et places MCO où les étapes Prescription + Analyse pharmaceutique + Administration du circuit des médicaments sont informatisées / Nbre de lits et places MCO

Validation institutionnelle:

L'informatisation du dossier patient (et des prescriptions médicamenteuse) est inscrite dans le projet d'établissement 2010-2014, dans le CBUM 2012-2014 signé avec l'ARS Midi Pyrénées et dans le CPOM 2013-2017 signé avec l'ARS
Présentation par le Directeur de la création d'un comité de suivi de la prise en charge médicamenteuse et de son règlement Intérieur : en CME du 15 octobre 2012 : Approbation de la CME.

Planification des revues de projet:

L'état d'avancement du plan d'actions lié à la levée de réserve est abordée 2 à 3 fois par an par le groupe de travail créé pour la levées de la réserve (groupe de travail émanant du COPIL qualité / GRD); l'état d'avancement du plan d'action et la résolution des difficultés rencontrées est abordée en Commission Médicale d'établissement 2 fois par an. Le plan d'actions concernant "L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse" fait l'objet d'un point d'étape 2 fois par an en comité de suivi de la prise en charge médicamenteuse

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine
procédure de certification

Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps. Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Mettre en place une structuration institutionnelle en matière d'éthique

Problématique:

Les professionnels peuvent débattre de sujets concernant leurs pratiques de manière pluriprofessionnelle lors de réunions de service et/ou des groupes de travail, mais il n'existe pas de ressources dédiées ni de structure de réflexion institutionnelle en matière d'éthique. L'établissement envisage de confier le traitement des questions éthiques à la CRU, mais l'installation de ce comité n'est pas réalisée (absence de projet formalisé et de règlement intérieur), à ce jour. Le traitement des questions éthiques est abordé brièvement dans les orientations stratégiques de l'établissement, au travers de thématiques relatives à la bientraitance ou à la fin de vie. Les professionnels sont sensibilisés à ce thème, lors des réunions de services ou lors de la rédaction du projet de soins, mais ces démarches ne sont pas englobées dans une réflexion générale qui pourrait alimenter une démarche éthique. Les questions traitant de ce thème sont abordées par les professionnels lors des réunions de service et/ou des groupes de travail, mais elles ne font pas l'objet d'une réflexion institutionnelle structurée et généralisée. Il n'existe pas d'état des lieux des questions éthiques au sein de l'établissement.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Définir une organisation et mettre en place une structure de réflexion interne : groupe de réflexion éthique	Mener des réflexions sur les problématiques éthiques se posant dans les services concernant l'accueil et la prise en charge des patients et des résidents

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
E.RABAUD	AL.FLOUR BOURRIL F.LEGRILL J.CHIAPERRO	N.PAPIN

Echéancier de réalisation :

Action N°1 : Définir une organisation pour la mise en place d'un groupe de réflexion éthique interne
Réalisée le : 3 octobre 2013 (validation projet par la CRUQPEC): Cf. élément de preuve "présentation projet éthique"

Action N°2 : Présentation du projet à l'ensemble des responsables de service de l'établissement
Réalisée le : 9 janvier 2014 : Cf. élément de preuve "Information démarche éthique"

Action N°3 : Présentation du projet à l'ensemble des professionnels de santé
En cours, échéance : 1er trimestre 2014

Action N°4 : Mise en oeuvre des réunions du groupe de réflexion éthique
Prévue, échéance : 1er semestre 2014

Action N°5 : Organiser une collaboration entre le groupe de réflexion éthique du CH de Gaillac et l'espace éthique Tarn Nord
Réalisée le : 3 janvier 2014

Action N°6 : Mettre en oeuvre la collaboration entre le groupe de réflexion éthique du CH de Gaillac et l'espace éthique Tarn Nord = Cf. élément de preuve "CR assemblée plénière - Ethique Gaillac Albi"

1/ Deux membres du comité de pilotage du groupe de réflexion éthique du CH Gaillac sont membres du bureau et des réunions plénières de l'espace éthique Tarn Nord;

Action Réalisée et pérenne depuis le : 3 janvier 2014

2/ Deux médecins du CH Gaillac participent aux réunions plénières de l'espace éthique Tarn Nord (en plus des 2 membres du bureau)

Action Réalisée et pérenne depuis le : 6 juin 2013

Action N°7 : Intégrer le traitement des questions éthiques dans les orientations stratégiques de l'établissement, dans le prochain projet d'établissement
Prévue : année 2015

Modalités d'évaluation :

Evaluation N°1 : Prévue (fin d'année 2014): Nombre de réunions du groupe de réflexion éthique du CH Gaillac ; Nombre de participants

Evaluation N°2 : Prévue (fin d'année 2014): Nombre de réunions de l'espace éthique Tarn Nord / nombre de réunion pour lesquelles le CH de Gaillac a participé

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Bilan annuel groupe de réflexion éthique CH Gaillac

Bilan annuel espace éthique Tarn nord

Validation institutionnelle:

Engagement de la direction : inscription dans les orientations stratégiques = projet d'établissement 2015-2019; Mise à disposition de la logistique nécessaire à la réalisation des réunions groupe de réflexion éthique

Planification des revues de projet:

Un bilan annuel sera présenté aux instances de l'établissement : CME, CRUQPEC et CSIRMT

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Optimiser l'organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles

Problématique:

Le projet d'établissement 2010-2014 comprend un volet dédié à la qualité. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) constitue un des axes de ce projet qualité. Une politique EPP a été formalisée. Elle définit les objectifs et modalités de mise en œuvre. Elle prévoit notamment la responsabilité de la CME dans le pilotage et le suivi des EPP. Ne sont pas encore précisées les responsabilités et missions des acteurs pour chaque déploiement d'EPP. Ce document devra ensuite être validé par la CME

La CME a pour mission de coordonner les EPP, de les mettre en œuvre et d'en assurer leur suivi. Un référent est nommé pour chaque EPP. L'engagement des professionnels dans les groupes EPP est réel.

Cette participation est facilitée par la dimension des unités concernées et par le faible nombre des professionnels concernés. Toutefois, dans l'attente de la validation de la politique relative aux EPP, les responsabilités des acteurs intervenant dans la gestion des EPP ne sont pas précisées, et la coordination de l'ensemble du dispositif n'est pas lisible par l'ensemble des professionnels de l'établissement. Les référents EPP présentent l'état d'avancement des démarches entreprises en CME, ainsi que les actions d'amélioration. Une synthèse de ces échanges est exposée en COPIL. Un tableau de bord des EPP est réalisé permettant de suivre leur état d'avancement, mais l'évaluation des mesures d'impact n'est pas encore organisée et généralisée pour l'ensemble des démarches.

Les professionnels sont informés des EPP suivies et des actions mises en œuvre au sein de l'établissement en matière d'EPP par l'intermédiaire du journal interne et/ou des réunions de service.

Les référents ont, également, pour mission de communiquer sur le suivi et l'avancement de leur EPP

Toutefois, La politique de l'établissement en matière de développement des EPP n'est pas validée par les instances et, par voie de conséquence, n'est pas diffusée, ni intégrée dans la gestion documentaire, rendant difficile l'appropriation de cette stratégie par les professionnels. Ceux-ci, s'ils sont informés des EPP en cours, et des actions mises en œuvre, ne disposent pas toujours des informations relatives aux résultats obtenus. Les thèmes des EPP ont été choisis en adéquation avec les activités de l'établissement et les incitations des visites de certification V2007 et V2010.

La CME suit annuellement les EPP, en s'appuyant, notamment sur le tableau de bord des EPP, mais ne dispose pas d'éléments pertinents, lui permettant d'évaluer et de réorienter sa stratégie, en dehors du suivi des actions mises en œuvre.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Objectifs ultimes

Préciser les responsabilités et missions des acteurs pour chaque déploiement d'EPP

Rendre le dispositif EPP lisible par l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
C.BAIETTO	Médecins des services C.ETIENNE N.PAPIN S.ORTIN E.RABAUD	Professionnels de santé paramédicaux

Echéancier de réalisation :

Action 1 : Revoir la politique EPP : préciser les responsabilités et missions des acteurs pour chaque déploiement d'EPP - Prévues : Echéance = 1er semestre 2014
Action 2 : Validation par la CME de la politique EPP revue - Prévues : Echéance = 1er semestre 2014
Action 3 : Evaluer les mesures d'impact pour l'ensemble des démarches engagées - Prévues : Echéance = 2015
Action 4 : Intégrer la politique EPP revue dans la gestion documentaire - Prévues : Echéance = fin d'année 2014 (avec la mise en place de la gestion électronique des documents)
Action 5 : Informer les professionnels des résultats obtenus suite à la mise en œuvre des actions de chaque EPP - Réalisée à chaque évaluation des mesures d'impact de chaque EPP; dernière en date : novembre 2013

Modalités d'évaluation :

Revoir la politique EPP 1 fois par an

Modalités de suivi et de pérennisation des résultats:

Mesure d'impact de chaque EPP engagée

Validation institutionnelle:

Le projet d'établissement 2010-2014 comprend un volet dédié à la qualité. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) constitue un des axes de ce projet qualité. Une politique EPP a été formalisée

Planification des revues de projet:

Point sur l'état d'avancement et les mesures d'impact des EPP en CME
Point sur la réactualisation de la politique EPP 1 fois par an en CME

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la gestion du linge

Problématique:

Il existe toujours un local de rangement où co-existent stockage du linge et DASRI

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Lancement des travaux de restructuration	Individualiser les locaux de stockage DASRI et linge sale

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Lucien JOUCLA	A.GOURC; D.HOCQUET	

Echéancier de réalisation :

Action 1 :

Des travaux de restructuration du service ont été validés par l'ARS; Ces travaux débuteront en 2016 avec une fin prévue en 2018; le tableau des surfaces contenu dans le PTD (Projet Technique Détaillé) prévoit 2 locaux distincts : 1 local linge sale et 1 local déchets; Cf. élément de preuve : "Programme travaux".

Les études concernant ce projet se poursuivent : l'équipe de maîtrise d'œuvre a déposé l'Avant-Projet Détaillé (APD) le 20/03. Il sera présenté au COPIL restructuration le 7/04

Action 2 :

Le Praticien hygiéniste nous a communiqué la réglementation concernant l'entreposage des DASRI; celle ci prévoit que les DASRI puissent être stockés dans le même local que le linge sale : Cf. arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques, Article 8, 1° : "ils sont réservés à l'entreposage des déchets et peuvent servir, le cas échéant, à l'entreposage des produits souillés ou contaminés" : Cf. élément de preuve - "Arrêté du 7 septembre 1999"

Modalités d'évaluation :

Suivi de l'avancement du projet de restructuration

Prévue : Un COPIL restructuration est mis en place pour suivre l'avancement du projet. Il se réunit à chaque grande phase du projet

Modalités de suivi et de pérennisation des résultats:

Suivi de l'avancement du projet de restructuration

Prévue : Le COPIL restructuration se réunit environ tous les 2 mois en fonction de l'avancée du projet.

Des réunions plus fréquentes sont à prévoir pour suivre le phasage de l'opération

Validation institutionnelle:

Travaux de restructuration du service de médecine inscrit au schéma directeur de travaux du projet d'établissement et dans le CPOM; Travaux validés par l'ARS Midi Pyrénées

Le COPIL restructuration vérifie la conformité des locaux prévu dans le PTD et la bonne coexistence des travaux avec la poursuite de l'activité des services.

Planification des revues de projet:

Le COPIL travaux vérifie la conformité des locaux prévu dans le PTD

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la gestion de l'eau

Problématique:

L'établissement dispose de procédures relatives à la gestion de l'eau (conduite à tenir en cas de forte teneur en légionelles dans l'eau, soutirage des sanitaires dans les services de soins, etc.), d'un carnet sanitaire dans lequel les interventions des services techniques et les résultats des analyses sont consignés. Mais ces différentes interventions ne sont pas intégrées dans une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau, validée par le CLIN.

Ainsi, les interventions effectuées par les services techniques et/ou du personnel de rééducation sur les installations de balnéothérapie, mises en service en 2001, ne sont pas réalisées sur la base de procédures formalisées et validées par le CLIN. La traçabilité de ces interventions n'est pas, par ailleurs, assurée de façon rigoureuse (ex. : type d'interventions effectuées), et les informations relatives à la gestion de ces équipements ne sont pas centralisées, rendant difficile la coordination entre les différents acteurs en charge de la gestion de ces installations.

De même l'ARS a réalisé une inspection « légionelles » le 22 juin 2010. L'établissement a pris en compte les observations de l'ARS, et met en oeuvre progressivement les actions correctives mais, au jour de la visite, toutes les recommandations ne sont pas levées. Les points faibles sont liés directement à la vétusté des réseaux qui ne permet pas de réaliser la désinfection des ballons d'eau chaude sanitaire.

L'établissement a identifié partiellement la nature des effluents et les risques s'y rattachant. La démarche n'est ni organisée, ni structurée.

Un plan de maintenance préventive et curative est défini et mis en oeuvre par les services techniques et/ou de sociétés extérieures.

Ce plan intègre, notamment, les actions formulées à la suite des recommandations de l'ARS, dans son rapport du 15 juillet 2010. Il est à noter qu'au jour de la visite, ces recommandations regroupées dans un plan d'actions formalisé ne sont pas toutes levées, certaines étant liées directement à la configuration des locaux et à la vétusté des réseaux. Pour le bassin de marche, les interventions réalisées par les services techniques et/ou les agents du service de rééducation font l'objet d'une protocolisation non validée par le CLIN. Les interventions pour la baignoire trèfle ne sont pas protocolisées.

L'établissement a défini, en accord avec le CLIN, une campagne d'analyses de l'eau, tant sur l'eau potable que sur l'eau chaude sanitaire. Les résultats de ces analyses sont intégrés dans le carnet sanitaire. Concernant les installations de balnéothérapie, les analyses d'eau sont effectuées et classées dans le carnet sanitaire. Les contrôles journaliers, réalisés par le service de rééducation, sont également réalisés et tracés, et les feuilles de traçabilité sont conservées au sein du service. Ces éléments d'information ne sont pas toujours transmis à l'EOH et/ou au CLIN et partagés avec les services techniques, sachant que l'EOH n'est pas au jour de la visite opérationnelle, en raison de l'absence prolongée de l'infirmière hygiéniste.

Le suivi des différents rejets n'est pas assuré.

Un plan d'actions a été défini, suite à l'inspection de l'ARS, mais les actions entreprises n'ont pas permis de lever toutes les recommandations formulées

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Réactualiser le carnet sanitaire spécifique à la balnéothérapie	Améliorer la gestion de l'eau en terme d'organisation, de coordination et de traçabilité

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
L.JOUCLA	EOH, L.DANTAN, A.GOURC, D.HOCQUET, F.BALARD	Agents des services techniques Agents de la rééducation

Echéancier de réalisation :

<p>Action 1 : Mise à jour du carnet sanitaire relevant de la balnéothérapie avec validation de l'ensemble des protocoles s'y rapportant (y compris les protocoles d'intervention pour la baignoire trèfle), par le CLIN - Réalisée : 5 décembre 2013 - Cf. élément de preuve "1-Carnet sanitaire balnéothérapie"</p> <p>Action 2 : Actualisation de la fiche de traçabilité regroupant l'ensemble des interventions effectuées: type d'intervention + intervenant - Réalisée : Décembre 2012 - Cf élément de preuve "2-Traçabilité Balnéothérapie"</p> <p>Action 3 : Centralisation de cette traçabilité au SSR : toute intervention sur les équipements de la balnéothérapie sont tracés, qu'ils soient réalisés par les agents des services techniques (maintenance ou réparation) ou les agents de la rééducation : document unique centralisé (dans le bureau des masseurs kinésithérapeutes - Réalisée : Décembre 2012</p> <p>Action 4 : Relever la température de l'eau sur les points les plus défavorisés : faire un état des lieux en relevant les colonnes et boucles des bâtiments - En cours</p> <p>Action 5 : Contacter un bureau d'étude pour une prestation "identification qualitative et quantitative des effluents" produits par le CH Gaillac - En cours de consultation</p> <p>Action 6 : Mettre à jour le plan d'action mis en place suite à la visite de l'ARS du 22 juin 2010 - Réalisé le : 24 mars 2013 - Cf. élément de preuve "3-Tableau de suivi ARS 2013 "</p> <p>Action 7 : Recrutement d'une IDE Hygiéniste en réseau; Présence sur le CH de Gaillac = 1 fois par semaine - Réalisé : septembre 2013 - Cf. éléments de preuve "4-Convention EOH" + "5-Avenant à la convention EOH de juin 2008"</p> <p>Action 8 : L'IDE Hygiéniste valide 1 fois par mois la traçabilité des interventions balnéothérapie + résultats d'analyse (cette organisation est prévue dans le carnet sanitaire) - Réalisée : Novembre 2013 - Cf élément de preuve "2-Traçabilité Balnéothérapie"</p>
--

Modalités d'évaluation :

Contrôle 1 fois par mois par l'IDE Hygiéniste de l'effectivité des interventions prévues dans le carnet sanitaire
L'état des lieux concernant la température de l'eau sur les points les plus défavorisés
La réalisation de l'identification qualitative et quantitative des effluents produits par le CH Gaillac par un bureau d'étude

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

La mise à jour du plan d'action mis en place suite à la visite de l'ARS du 22 juin 2010
L'état d'avancement du plan d'actions lié à la levée de réserve est abordée 2 à 3 fois par an par le groupe de travail crée pour la levée de la réserve

Validation institutionnelle:

Recrutement d'une IDE Hygiéniste en réseau; Mise en place d'une prestation par un bureau d'étude pour une "identification qualitative et quantitative des effluents" produits par le CH Gaillac

Planification des revues de projet:

Le COPIL qualité et Gestion des risques assure le suivi et la résolution des difficultés rencontrées ; l'état d'avancement du plan d'action est abordée en Commission Médicale d'établissement 2 fois par an ainsi qu'en CLIN "éco-logistique" 1 fois par an.

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer le pilotage, la coordination et la cohérence des différents plans d'actions afin d'obtenir un programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Problématique:

Le projet d'établissement a organisé le déploiement de sa démarche qualité, au travers d'un programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins formalisé qui décline les objectifs d'amélioration de l'établissement, et mentionne l'état d'avancement des actions menées. Celles-ci fonctionnent avec un système de renvoi sur d'autres plans d'actions ou projets de l'établissement,

rendant la lecture du programme et son suivi, difficiles. Le suivi opérationnel de ce programme est confié au responsable qualité, qui rend compte de l'état d'avancement des actions entreprises devant le COPIL.

Par ailleurs, la multiplicité des plans d'actions définis et mis en place à la suite de procédures (plan d'actions issu de l'autoévaluation V2010 et trois plans d'actions distincts sur le médicament), ou issus du projet d'établissement (projet de soins par exemple), ou d'autres instances comme la CRU, interroge l'organisation mise en place en termes de pilotage, de coordination et de cohérence.

Le programme d'amélioration prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, mais n'intègre pas les dysfonctionnements, les risques majeurs et récurrents spécifiques à l'activité, ni les plans d'actions relatifs aux EPP ou les audits et les enquêtes réalisées par l'établissement

Le COPIL réalise un suivi des actions programmées, et procède aux ajustements à apporter au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Mais ces données ne sont pas utilisées pour réviser la politique qualité et sécurité des soins. L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité récemment mis en place ne fait pas encore l'objet d'une évaluation.

L'établissement suit les indicateurs nationaux, depuis déjà plusieurs années.

Le programme fait l'objet d'un suivi régulier par le COPIL, mais il n'est pas, toujours, réajusté en fonction des évaluations et des audits réalisés

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Élaborer le nouveau programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en fonction du nouveau projet d'établissement 2015 - 2019	<p>Ce nouveau programme devra prendre en compte (lors des réajustements) les évaluations, les dysfonctionnements, les risques majeurs et récurrents spécifiques à l'activité, les plans d'actions relatifs aux EPP ou les audits et les enquêtes réalisées par l'établissement</p> <p>Ce nouveau programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins devra être lisible pour l'ensemble des acteurs de l'établissement</p>

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
E RABAUD	E RABAUD, L JOUCLA, C BAIETTO, S.ORTIN, N.PAPIN	

Echéancier de réalisation :

Action 1 : Expérimentation du compte qualité - Réalisée - Septembre 2013 - Élément de preuve
Action 2 : Élaborer le nouveau programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins en fonction du nouveau projet d'établissement 2015 - 2019 - Prévue : 2015
Action 3 : Restructuration pour le pilotage et le management opérationnel de la démarche - En cours - Échéance : fin 2014

Modalités d'évaluation :

Effectivité de l'expérimentation du compte qualité Nouveau PAQSS Modifications apportées au pilotage et management opérationnel de la démarche
--

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Bilan précédent PAQSS Bilan annuel du nouveau PAQSS
--

Validation institutionnelle:

PE

Planification des revues de projet:

COPIL QGDR / CME

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer le bon usage des antibiotiques

Problématique:

Baisse de la valeur numérique du score ICATB

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Informatiser la PEC médicamenteuse	Améliorer le score ICATB

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
A.GUINAMANT - Dr C.BAIETTO	J.CHIAPPERO - C.ETIENNE	N.PAPIN - Médecins des services - C.MAHEU - S.ORTIN

Echéancier de réalisation :

Action 1 : Validation de la politique du bon usage des anti-infectieux -

Réalisée : COMAI du 1er juillet 2014 - Cf. élément de preuve "ATB03 POLITIQUE de l'antibiothérapie et BU des ATB du CH de GAILLAC organisation-moyens-prévention valide CME COMAI du 2014 12 08"

Action 2 : Actualisation des protocoles d'antibiothérapie de 1ère intention

Réalisée : COMAI du 1er juillet 2014 - Cf. éléments de preuve : "CAT Clostridium difficile" + "CAT inf urinaire" + "Tableau choix ATB et posologie selon infection IU " + "Méthodologie rédaction"

Action 3 : Élaboration de Fiches de Bon Usage Antibiothérapie

Réalisée : fin 2014 - Cf. éléments de preuve : "Pénicilline groupe M" + "FBU aminoside" + "Cephalosporine3G peros" + "Carbapénèmes" + "GLYCOPEPTIDES" +

Action 4 : EPP évaluation de l'antibiothérapie à 48-72h en médecine et en SSR (selon grille de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF))

En cours : 1ère évaluation réalisée en août 2014 ; Nouvelle évaluation prévue 2nd semestre 2015

Action 5 : (action suite à l'EPP ci dessus) Améliorer la traçabilité de la réévaluation à 48-72h et inciter la désecale thérapeutique

Réalisée : décembre 2014

Action 6 : Enquêtes sur la prescription des antibiotiques

- Utilisation des aminosides : enquête organisée par la SPILF et l'Observatoire National de l'Epidémiologie de la Résistance Bactérienne aux Antibiotiques (ONERBA) -

Réalisée = juin 2014

- Évaluation des prescriptions des carbapénèmes. Réalisée = fin 2014

Action 7 : Nommer un référent Antibiothérapie

Réalisée : décembre 2014 - Cf. éléments de preuve : "Nomination référent ATB thérapie" + "Mission referent ATBtherapie"

Action 8 : Formation des médecins sur le protocole des infections urinaires dispensée par le référent antibiothérapie

Réalisée : 25/11/2014

Action 9 : Formaliser un protocole d'antibiothérapie pour les infections pulmonaires

Prévue : septembre 2015 - + "CAT Infections respiratoires"

Action 10 : Mise en place d'un outil Web permettant la surveillance simultanée de la consommation des antibiotiques et des résistances bactériennes dans chaque unité médicale

Prévue : mars 2015

Action 11 = Mise à disposition de test d'orientation diagnostic rapide (TDR)

Prévue : 2015

Action 12 = Projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse : un audit du système d'information est en cours; il permettra de mieux cibler le besoin et d'aider dans l'élaboration du cahier des charges relatif à l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse;

Prévue : 2016

Modalités d'évaluation :

Indicateur ICATB.2

En cours : indicateur bi-annuel

Indicateurs du CBUMPP signé avec l'ARS Midi Pyrenées : "Indicateur National / bon usage : indicateur composite du bon usage des antibiotiques ICATB.2 (évaluation des seuls indicateurs relatifs à la prescription médicamenteuse"

Prévue : 1er avril 2015; puis revu annuellement dans le cadre du REA

Résultats EPP évaluation de l'antibiothérapie à 48-72h en médecine et en SSR

Résultats d'enquête

Réalisée : 2014

Résultats issus de l'outil Web

Prévue : 2015

Suivi de l'état d'avancement du projet "informatisation de la prise en charge médicamenteuse"

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Mesure d'impact des EPP engagées

Prévue : CME fin 2015

Suivi de l'Indicateur ICATB.2

En cours : à chaque COMAI

Suivi des Indicateurs du CBUMPP signé avec l'ARS Midi Pyrenées : "Indicateur National / bon usage : indicateur composite du bon usage des antibiotiques ICATB.2 (évaluation des seuls indicateurs relatifs à la prescription médicamenteuse"

Prévue : A chaque REA réalisé par le comité de suivi de la prise en charge médicamenteuse

Suivi de l'état d'avancement du projet "informatisation de la prise en charge médicamenteuse"

Prévue date : à chaque COPIL "informatisation"

Validation institutionnelle:

Les différentes actions mises en place sont validées par le COMAI et la CME

L'informatisation du dossier patient (et des prescriptions médicamenteuse) est inscrite dans le projet d'établissement 2010-2014, dans le CBUM 2012-2014 signé avec l'ARS Midi Pyrénées et dans le CPOM 2013-2017 signé avec l'ARS

Planification des revues de projet:

La réalisation du plan d'actions lié à l'amélioration de l'indicateur ICATB est suivi par le COMAI qui décide des actions à mettre en place puis les présente et les valide en Commission Médicale d'Etablissement.

Le plan d'actions concernant "L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse" fait l'objet d'un point d'étape 2 fois par an en comité de suivi de la prise en charge médicamenteuse.

Les Rapports d'Étape Annuels (REA) du CBUMPP sont réalisés par le comité de suivi de la prise en charge médicamenteuse.

Avancement projet d'informatisation

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer le management de la Prise en charge médicamenteuse du patient

Problematique:

La direction qualité a formalisé une politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse comportant des objectifs et un plan d'actions. Elle prend en compte les actions de bon usage des médicaments (CBUM), les suites d'inspection de la PUI, la prévention des risques associés à la prise en charge, la formation des professionnels et l'informatisation. Elle n'intègre pas, toutefois, l'organisation et les moyens pour assurer sa mise en oeuvre, ainsi que les indicateurs de suivi. Elle a été présentée en juillet à la CME et validée sur le principe, mais doit être retravaillée avant sa diffusion et sa mise en oeuvre effective.

La candidature de la coordinatrice des soins a été proposée en CME pour assurer la fonction de responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, mais n'est pas validée par la direction à ce jour.

Le schéma directeur du système d'information intégré au projet d'établissement comporte le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse. Le déploiement du projet n'est pas planifié.

Des outils d'aide à la prescription des médicaments tels que le Vidal, le livret thérapeutique, la base thériaque ainsi que des protocoles de prescription de médicaments spécifiques sont à la disposition des professionnels. Ils sont accessibles aux professionnels mais certains d'entre eux, intégrés au livret thérapeutique, sont d'élaboration ancienne 2006 et 2008

L'informatisation de la prescription médicale n'est pas engagée dans les unités de soins

Trois plans d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse sont élaborés. Un est issu du CBUM et est suivi dans le cadre du rapport annuel, un autre est intégré à la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse mais n'est pas à ce jour mis en oeuvre, et un troisième est défini et suivi par le Comité de Retour d'Expérience dans le cadre des analyses des erreurs. L'organisation en place ne favorise pas la coordination et le suivi des plans d'actions. La rétro-information des professionnels est assurée lors de réunions de service.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Informatiser les prescriptions médicamenteuse	Assurer une prise en charge médicamenteuse sécurisée

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
A.GUINAMANT	C.BAIETTO, C.ETIENNE, L.JOUCLA, N.PAPIN,	S.ORTIN

Echéancier de réalisation :

Action 1 : L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un seul plan d'actions élaboré et suivi par le comité de suivi de la prise en charge médicamenteuse
En cours : programme élaborée le 21/11/2013 - Cf. élément de preuve "PAQ PECMed"

Action 2 : Validation par la Direction de la candidature de la coordinatrice des soins proposée en CME pour assurer la fonction de responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse = Décision de la direction
réalisée : le 19/02/2014 - Cf. élément de preuve "Responsable management PEC médicamenteuse"

Action 3 : Projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse - En cours : Le cahier des charges relatif à l'informatisation est en cours d'aboutissement; Le marché devrait être lancé courant 2ème trimestre 2014. L'informatisation sera effective pour l'ensemble des patients en fin d'année 2015.

Action 4 : Mise à jour des protocoles anciens et élaboration de nouveaux protocoles de prescription de médicaments spécifiques - En cours - Cf. Element de preuve "Protocoles PECM"

Modalités d'évaluation :

Nbre de lits et places SSR où les étapes Prescription + Analyse pharmaceutique + Administration du circuit des médicaments sont informatisées / Nbre de lits et places MCO

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Avancement projet d'informatisation
Suivi du plan d'action du comité de suivi de la Prise en charge Médicamenteuse

Validation institutionnelle:

L'informatisation du dossier patient (et des prescriptions médicamenteuse) est inscrite dans le projet d'établissement 2010-2014, dans le CBUM 2012-2014 signé avec l'ARS Midi Pyrénées et dans le CPOM 2013-2017 signé avec l'ARS

Planification des revues de projet:

L'état d'avancement du plan d'actions lié à la levée de recommandation est abordée 2 à 3 fois par an par le groupe de travail crée pour la levées de la réserve (groupe de travail émanant du COPIL qualité / GRD); l'état d'avancement du projet et la résolution des difficultés rencontrées est abordée en Commission Médicale d'établissement 2 fois par an. Le plan d'actions concernant "L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse" fait l'objet d'un point d'étape 2 fois par an en comité de suivi de la prise en charge médicamenteuse

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer le management de la Prise en charge médicamenteuse du patient

Problematique:

La direction qualité a formalisé une politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse comportant des objectifs et un plan d'actions. Elle prend en compte les actions de bon usage des médicaments (CBUM), les suites d'inspection de la PUI, la prévention des risques associés à la prise en charge, la formation des professionnels et l'informatisation. Elle n'intègre pas, toutefois, l'organisation et les moyens pour assurer sa mise en oeuvre, ainsi que les indicateurs de suivi. Elle a été présentée en juillet à la CME et validée sur le principe, mais doit être retravaillée avant sa diffusion et sa mise en oeuvre effective.

La candidature de la coordinatrice des soins a été proposée en CME pour assurer la fonction de responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, mais n'est pas validée par la direction à ce jour.

Le schéma directeur du système d'information intégré au projet d'établissement comporte le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse. Le déploiement du projet n'est pas planifié.

Des outils d'aide à la prescription des médicaments tels que le Vidal, le livret thérapeutique, la base thériaque ainsi que des protocoles de prescription de médicaments spécifiques sont à la disposition des professionnels. Ils sont accessibles aux professionnels mais certains d'entre eux, intégrés au livret thérapeutique, sont d'élaboration ancienne 2006 et 2008

L'informatisation de la prescription médicale n'est pas engagée dans les unités de soins

Trois plans d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse sont élaborés. Un est issu du CBUM et est suivi dans le cadre du rapport annuel, un autre est intégré à la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse mais n'est pas à ce jour mis en oeuvre, et un troisième est défini et suivi par le Comité de Retour d'Expérience dans le cadre des analyses des erreurs. L'organisation en place ne favorise pas la coordination et le suivi des plans d'actions. La rétro-information des professionnels est assurée lors de réunions de service.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Objectifs ultimes

Informatiser les prescriptions médicamenteuse

Assurer une prise en charge médicamenteuse sécurisée

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
A.GUINAMANT	C.BAIETTO, C.ETIENNE, L.JOUCLA, N.PAPIN,	S.ORTIN

Echéancier de réalisation :

Action 1 : L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un seul plan d'actions élaboré et suivi par le comité de suivi de la prise en charge médicamenteuse
En cours : programme élaborée le 21/11/2013 - Cf. élément de preuve "PAQ PECMed"

Action 2 : Validation par la Direction de la candidature de la coordinatrice des soins proposée en CME pour assurer la fonction de responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse = Décision de la direction
réalisée : le 19/02/2014 - Cf. élément de preuve "Responsable management PEC médicamenteuse"

Action 3 : Projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse - En cours : Le cahier des charges relatif à l'informatisation est en cours d'aboutissement; Le marché devrait être lancé courant 2ème trimestre 2014. L'informatisation sera effective pour l'ensemble des patients en fin d'année 2015.

Action 4 : Mise à jour des protocoles anciens et élaboration de nouveaux protocoles de prescription de médicaments spécifiques - En cours - Cf. Element de preuve "Protocoles PECM"

Modalités d'évaluation :

Dans le cadre du CBUM : suivi des indicateurs de résultats :
Nbre de lits et places MCO où les étapes Prescription + Analyse pharmaceutique + Administration du circuit des médicaments sont informatisées / Nbre de lits et places MCO

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Avancement projet d'informatisation
Suivi du plan d'action du comité de suivi de la Prise en charge Médicamenteuse

Validation institutionnelle:

L'informatisation du dossier patient (et des prescriptions médicamenteuse) est inscrite dans le projet d'établissement 2010-2014, dans le CBUM 2012-2014 signé avec l'ARS Midi Pyrénées et dans le CPOM 2013-2017 signé avec l'ARS

Planification des revues de projet:

L'état d'avancement du plan d'actions lié à la levée de recommandation est abordée 2 à 3 fois par an par le groupe de travail crée pour la levées de la réserve (groupe de travail émanant du COPIL qualité / GRD); l'état d'avancement du projet et la résolution des difficultés rencontrées est abordée en Commission Médicale d'établissement 2 fois par an. Le plan d'actions concernant "L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse" fait l'objet d'un point d'étape 2 fois par an en comité de suivi de la prise en charge médicamenteuse

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient

Problématique:

E1-EA3 (Partiellement)

Dysfonctionnement N°1 :

Le livret thérapeutique et le classeur spécifique au circuit du médicament diffusés dans tous les services de soins, comportent des documents formalisant l'analyse pharmaceutique, la dispensation, la dotation pour besoins urgents, l'acheminement sécurisé des médicaments, les conseils aux utilisateurs et l'optimisation des stocks de la pharmacie. Ils n'intègrent pas la délivrance nominative des médicaments.

Dysfonctionnement N°2 :

Au cours de la visite des unités, les experts ont constaté que l'accès aux salles de soins n'est pas sécurisé ; les portes ne sont pas fermées à clé.

Dysfonctionnement N°3 :

De même, les clés de l'armoire à pharmacie contenant le coffre réservé aux médicaments toxiques ne font pas l'objet d'une gestion sécurisée et formalisée par une procédure. Elles sont rangées dans un endroit connu de l'ensemble de l'équipe ; le tiroir du bureau de la salle de soins. En fin de visite, l'établissement a équipé les armoires d'un cadenas à code, et a élaboré un

document « Modalités de détention du code de l'armoire à pharmacie » qui est en cours de diffusion

Dysfonctionnement N°4 :

L'établissement n'est pas équipé d'un matériel permettant de reconditionner les médicaments, dont plusieurs ne bénéficient pas d'un conditionnement unitaire comportant leur identification jusqu'au moment de l'administration. Cependant, dans le groupement d'achat des produits pharmaceutiques des établissements de santé de Midi-Pyrénées, le conditionnement unitaire est choisi en priorité.

E2 - EA4 (En grande partie) : L'information des patients et les conseils d'utilisation des médicaments sont dispensés lors des entretiens médicaux et soignants. Une fiche d'information sur la gestion de leur traitement personnel leur est remise à l'admission, et la plaquette diffusée lors de la semaine « Sécurité du patient » sur le bon usage des médicaments est mise à leur disposition. Des informations sont également remises à la sortie du patient, comme par exemple des plaquettes concernant les traitements anticoagulants. La traçabilité de l'information dans le dossier du patient n'est pas effective.

E3 - EA1 (En grande partie) : Dans le cadre du suivi du contrat de bon usage des médicaments, un audit concernant la conformité de la prescription, l'analyse pharmaceutique et la traçabilité de l'administration, a été réalisé en 2011. Une cartographie des risques a été élaborée par le CREX en mai 2012, et un plan d'actions d'amélioration a été défini. Par ailleurs le pharmacien procède à une vérification des armoires à pharmacie et des chariots d'urgence des unités. Cette vérification n'est pas réalisée à périodicité définie.

E3 - EA2 (En grande partie) : Un bilan des actions de bon usage du médicament inscrites dans le CBUM est réalisé lors du rapport d'étape annuel transmis à l'ARS. Un bilan des actions définies lors des analyses des causes des erreurs médicamenteuses est également réalisé par le CREX. L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse fait l'objet de plusieurs plans d'actions distincts et parfois redondants, issus des CBUM, CREX, cartographie des risques et politique, ne favorisant pas la lisibilité des actions engagées et le suivi effectif de l'état d'avancement.

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Informatiser la prescription médicamenteuse	Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient en SSR

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
N.PAPIN	C.ETIENNE C.AUDIBERT C.BAIETTO	Médecins SSR S.ORTIN

Echéancier de réalisation :

Action N°1 : Formaliser la délivrance nominative - Prévues - décembre 2015

Action N°2 : Sécuriser l'accès à la salle de soins : Mise en place d'un digicode sur la porte de l'infirmierie - Prévues - juin 2014

Action N°3 : Mettre en place une organisation de l'administration qui permet de ne plus découper les plaquettes de médicaments jusqu'à l'administration des médicaments au patient - Prévues - décembre 2014

Action N°4 : Dans le dossier médical : ajout d'un encart permettant aux médecins de tracer l'information du patient et/ou de sa famille sur "le bon usage des médicaments" - Prévues - juin 2014

Action N°5 : : rappel et sensibilisation de l'équipe paramédicale par le cadre de santé sur la traçabilité de l'information du patient et/ou de sa famille sur "le bon usage des médicaments" dans la macro cible de sortie - Prévues - juin 2014

Action N°6 : Définir la périodicité de la vérification des armoires à pharmacie et des chariots d'urgence des unités réalisées par la pharmacie - Réalisées - 3 février 2014

Action N°7 : Vérification mensuelle réalisée par les IDE des unités de soins : sac d'urgence (précédemment chariot d'urgence) et périmés de l'armoire à pharmacie - Réalisées - 1/1/2011

Action N°8 : L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un seul plans d'actions élaborés et suivis par le comité de suivi de la prise en charge médicamenteuse - Réalisées - 21 novembre 2013

Modalités d'évaluation :

Evaluation de la traçabilité de l'information du patient et/ou de sa famille sur "le bon usage des médicaments - Prévues - novembre 2014

IPAQSS "tenue du dossier patient" - Prévues - 1er semestre 2014

Suivi de l'avancée de l'informatisation par le COPIL en charge du projet

Suivi de l'avancée du plan d'actions associé à la levée de la réserve

Modalités de suivi et de pérennisation des résultats:

IPAQSS "tenue du dossier patient";

Validation institutionnelle:

L'informatisation du dossier patient (et des prescriptions médicamenteuses) est inscrite dans le projet d'établissement 2010-2014, dans le CBUM 2012-2014 signé avec l'ARS Midi Pyrénées et dans le CPOM 2013-2017 signé avec l'ARS
Présentation par le Directeur de la création d'un comité de suivi de la prise en charge médicamenteuse et de son règlement Intérieur : en CME du 15 octobre 2012 : Approbation de la CME.

Planification des revues de projet:

L'état d'avancement du plan d'actions lié à la levée de réserve est abordé 2 à 3 fois par an par le groupe de travail créé pour la levée de la réserve (groupe de travail émanant du COPIL qualité / GRD); l'état d'avancement du plan d'action et la résolution des difficultés rencontrées est abordé en Commission Médicale d'établissement 2 fois par an. Le plan d'actions concernant "L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse" fait l'objet d'un point d'étape 2 fois par an en comité de suivi de la prise en charge médicamenteuse

