



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that spans across the width of the page, positioned below the HAS logo and above the main title.

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CHU DE ROUEN-HOPITAL CHARLES NICOLLE

1 rue germont - 76038 - Rouen

FÉVRIER 2013

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	8
2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	14
1. Niveau de certification	15
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	16
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	17
4. Critères investigués lors de la visite de certification	18
5. Suivi de la décision	20
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	22
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	25
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	27
3. Regard Patient	29
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	29

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	41
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	43
PARTIE 1. Management stratégique	44
PARTIE 2. Management des ressources	69
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	111
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	141
PARTIE 1. Droits et place des patients	142
PARTIE 2. Gestion des données du patient	215
PARTIE 3. Parcours du patient	240
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	360
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	382
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	389
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	391

PREAMBULE

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

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

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

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CHU DE ROUEN-HOPITAL CHARLES NICOLLE

Adresse : 1 rue germont
76038 Rouen SEINE-MARITIME

Statut : Public

Type d'établissement : Centre Hospitalier Universitaire

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	1552	130	12990
Soins de suite et/ou de réadaptation	281	16	0
Soins de longue durée	270	0	0

Nombre de sites.:	<p>Le CHU a une capacité de plus de 2 450 lits, répartis sur 5 sites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'hôpital Charles Nicolle à Rouen - L'hôpital de Bois Guillaume - L'hôpital Saint Julien à Petit Quevilly - La maison de retraite de Boucicaud à Mont Saint Aignan - L'hôpital de Oissel <p>Le CHU s'est aussi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'espace régional de formation des professions de santé - L'Institut Hospitalo-Universitaire de Recherche Biomédicale et d'innovation - L'Unité Centrale de Production (11 000 repas par jour), - La blanchisserie inter-hospitalière (27 tonnes de linge par jour). - Le musée Flaubert et d'histoire de la médecine
Activités principales.:	<p>* Les Soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'hôpital Charles Nicolle à Rouen <p>Situé au coeur de Rouen, l'Hôpital Charles- Nicolle regroupe l'ensemble des spécialités chirurgicales aiguës et de nombreuses disciplines médicales, autour d'un plateau technique performant. Il est le siège exclusif de certaines compétences régionales, telles que la neurochirurgie, les maladies infectieuses et le centre de traitement des hémophiles. Des thérapies de référence sont utilisées en cardiologie, pour traiter la douleur ou dispenser des soins palliatifs. Son service des urgences adultes est l'un des 3 plus importants de France. Il accueille également le seul service d'urgence pédiatrique de l'agglomération rouennaise. Un hôpital d'enfants assure une prise en charge exhaustive des pathologies pédiatriques et comporte des structures uniques en Haute-Normandie, comme l'hémodialyse pédiatrique et l'hématologie-oncologie pédiatrique, qui dispose de chambres dédiées aux jeunes patients greffés. Un pavillon Femme Mère et Enfant regroupe la seule maternité de niveau 3 de la région, la néonatalogie et la gynécologie. Le SAMU 76A fut le premier SAMU créé en France, en 1975. L'hôpital dispose également d'un Institut de biologie clinique qui regroupe dans un bâtiment très récent la biochimie médicale, la microbiologie (bactériologie, parasitologie, virologie) et l'hématologie en un pôle à la pointe de l'innovation technologique.</p>

- L'hôpital de Bois Guillaume

L'Hôpital de Bois-Guillaume est réputé pour ses services de médecine de haut niveau. Il comporte une dizaine de spécialités de référence, qui travaillent généralement en réseau ville-hôpital, régional et interrégional, et mène de nombreux projets de recherche. Il offre également un solide débouché en aval du court séjour grâce à ses services spécialisés et polyvalents de Soins de suite et de réadaptation (les 3/4 de la capacité SSR du CHU au total).

- L'hôpital Saint Julien à Petit Quevilly

Situé rive sud, l'hôpital Saint-Julien assure des urgences médicales et dispose d'une polyclinique où sont effectuées différentes consultations. Il est également doté de deux services de médecine et de deux unités de Soins de Suite et de Réadaptation. Un secteur d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et trois unités de soins de longue durée complètent cet établissement. Un service de soins infirmiers à domicile assure une alternative à l'hospitalisation.

- La maison de retraite de Boucicaut à Mont Saint Aignan

Ce site accueille des personnes âgées bénéficiant de soins de longue durée (USLD Arcadie) ou nécessitant une aide pour les activités de la vie quotidienne (EHPAD Béthel).

- L'hôpital de Oissel

Centre de référence en gériatrie, l'hôpital de Oissel accueille exclusivement des personnes âgées : deux unités de soins de longue durée, une unité de soins psychogériatriques, des Soins de suite et de réadaptation gériatriques, un hôpital de jour et des consultations multidisciplinaires.

* L'enseignement

- L'espace régional de formation des professions de santé

Situé à proximité de la Faculté de médecine et de Pharmacie et du CHU, l'Espace Régional de Formation des Professions de Santé favorise le rapprochement pédagogique et culturel entre les étudiants, les soignants, les médecins et les chercheurs. Il accueille chaque année plus de 1 400 étudiants dans ses 11 écoles et instituts.

* La recherche

- L'Institut Hospitalo-Universitaire de Recherche Biomédicale et d'innovation.

La Recherche est menée par des équipes hospitalières et universitaires (INSERM, Avenir INSERM, CNRS et labellisées par le Ministère) de notoriété internationale. Regroupées au sein de l'Institut Hospitalo-Universitaire de Recherche Biomédicale et d'Innovation, leurs thématiques portent notamment sur les maladies cardio-vasculaires, neurologiques et psychiatriques, immunologiques de l'appareil locomoteur et de la peau, génétiques, cancers et de l'appareil digestif. L'ensemble des équipes de recherche clinique et fondamentale dispose d'outils transversaux performants tels qu'un Centre d'Investigation Clinique, un Centre de Ressources Biologiques et une Tumorothèque.

* La prévention

Les équipes médicales et soignantes du CHU organisent de nombreuses journées d'information et de sensibilisation sur des thèmes de santé publique (audition, sommeil, lutte contre le sida, le cancer...). Ces manifestations sont ouvertes aux professionnels de la région ainsi qu'au grand public.

* Le CHU, c'est aussi

Deux grandes unités industrielles certifiées

- l'unité centrale de production (11 000 repas par jour),

- la blanchisserie inter hospitalière (27 tonnes de linge par jour).

Un musée :

Véritable joyau du patrimoine du CHU de Rouen, le musée Flaubert et d'histoire de la médecine est aussi un lieu de pèlerinage littéraire de renommée internationale.

Activités de soins soumises à autorisation.:

- Activité de médecine

- Activité de chirurgie

- Activité de chirurgie esthétique

- Activité de gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale
- Activité de soins de suite et réadaptation
- Activité de soins de longue durée
- Transplantation d'organes et greffes de moelle osseuse
- Chirurgie cardiaque
- Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie
- Neurochirurgie
- Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie
- Accueil et traitement des urgences
- Réanimation
- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale
- Activités cliniques d'assistance médicale à la procréation, activités biologiques d'assistance médicale à la procréation, activités de recueil, traitement, conservation de gamètes et cession de gamètes issus de don, activités de diagnostic prénatal
- Traitement du cancer par chirurgie et par chimiothérapie

Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:

- ISO 9001 : Espace accueil clientèle, Unité Centrale de Production alimentaire, Blanchisserie, Maintenance de la Direction des Travaux et des Services Techniques, Maintenance du Biomédical, Stérilisation et Pharmacotechnie
- COFRAC : Laboratoire d'Hygiène (ISO 17025)

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:

- GCS RRAMUHN (Groupement de Coopération Sanitaire pour la maintenance et le développement du système d'information mise en oeuvre pour le Réseau Régional de l'Aide Médicale Urgente de Haute-Normandie) Siège : CHU-Hôpitaux de Rouen – 1 rue de Germont – 76031 ROUEN Cedex
signé le 23 juillet 2007
CHU-Hôpitaux de Rouen - CHI Eure-Seine - Groupe Hospitalier du Havre - Centre Hospitalier DIEPPE - Centre Hospitalier EU - CHI Elbeuf-Louviers - Val de Reuil - CHI du Pays des Hautes Falaises FECAMP - Centre Hospitalier LILLEBONNE- Centre Hospitalier BERNAY - Centre Hospitalier GISORS- Centre Hospitalier VERNEUIL SUR AVRE - Centre Hospitalier Lisieux
- GCS Réseau Interrégional pour le Système d'Information de l'Aide Médicale Urgente ; Siège : CHU-Hôpitaux de Rouen – 1 rue de Germont – 76031 ROUEN Cedex
signé le 1er décembre 2010
GCS RRAMUHN - GCS Télésanté Basse-Normandie - Groupe Hospitalier du Havre - CHU-Hôpitaux de Rouen - CHI Eure-Seine - GCS Télésanté Haute-Normandie ; Siège : Centre Municipal de Santé – 2 avenue de la Libération – 76320 SOTTEVILLE LES ROUEN
signé le 27/11/2009
Centre Hospitalier GISORS- Hôpital local André Couturier RUGLES- Hôpital local Asselin Hedelin YVETOT- CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil – CHI Eure-Seine EVREUX- CHU-Hôpitaux de Rouen - Centre Hospitalier – VERNEUIL SUR AVRE - Centre Hospitalier PONT-AUDEMER - CLCC Henri Becquerel - Centre Hospitalier DARNETAL - Centre Hospitalier du Rouvray - Clinique de l'Europe - Clinique du Cèdre BOIS-GUILLAUME - Clinique de l'Abbaye FECAMP- Clinique Pasteur EVREUX - Clinique du Petit Colmoulins et François 1er HARFLEUR- Clinique Saint-Hilaire ROUEN - Clinique Mathilde ROUEN - Clinique Chirurgicale YVETOT - Clinique des Essarts GRAND COURONNE- Clinique du Cèdre BOIS-GUILLAUME - Association Réseau Onco-Normand SOTTEVILLE LES ROUEN- Association Réseau RESOPAL BACQUEVILLE EN CAUX- Association Réseau Périnatalité ROUEN- Association UFC Que Choisir ROUEN- Association APICEM ROUEN
- GCS Centre de Coordination en Cancérologie du Territoire de Santé Rouen-Elbeuf ; Siège : Immeuble Mach 2 – Avenue des Hauts Grigneux – 76420 BIHOREL

Réorganisation de l'offre de soins

	<p>signé le 31/05/2008 CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil - CHU-Hôpitaux de Rouen - CLCC Henri Becquerel - Clinique de l'Europe ROUEN - Clinique du Cèdre BOIS-GUILLAUME - Clinique Saint-Antoine BOIS-GUILLAUME - Clinique Saint-Hilaire ROUEN - Clinique Mathilde ROUEN - GCS Institut Régional de Cancérologie de Haute-Normandie ; Siège : BP 11295 – 76178 ROUEN Cedex 1</p> <p>signé le 30/11/2010 CLCC Henri Becquerel ROUEN - CHU-Hôpitaux de Rouen - G4-GCS regroupant les CHU d'Amiens, Caen, Lille et Rouen ; Siège: CHU d'Amiens Place Victor Pauchet 80 000 Amiens</p> <p>signé le 3/11/2004 - GCS "CHU de Rouen-GHH Axe-Seine" ; Siège : 1 rue de Germont CHU-Hôpitaux de Rouen</p> <p>signé le 19/09/2011</p>
Regroupement/Fusion.:	néant
Arrêt et fermeture d'activité.:	néant
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	<p>Activités nouvelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Maison de l'Adolescent site CHU ouvert depuis février 2009 (MDA bi site coordonné entre le CHU et le CH du Rouvray). * Centre d'enseignement et de soins dentaire en 2011. <p>Techniques/Organisations nouvelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Mise en place du PACS (système d'archivage et de communication des images numériques médicales) en 2008. * Pratique des prélèvements sur donneur décédé après arrêt cardiaque, mars 2010. * Ouverture d'une plateforme téléphonique dite "plateforme d'information santé", septembre 2011. <p>Unités Nouvelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Unité kangourou, service néonatalogie, mars 2008. * Unité régionale de soins palliatifs, avril 2008 et extension en 2011. * Unité de prise en charge multidisciplinaire pour venir en aide aux femmes victimes de mutilations Génitales Féminines dans le service de gynécologie obstétrique, en 2009. * Equipe mobile extra-hospitalière au sein des EHPAD mise en place en 2009. * Unité mobile d'assistance circulatoire, 2010 <p>Première Médicale ou Chirurgicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Implantation pour la première fois en France d'une valve cardiaque miniaturisée sans aucun geste chirurgical, octobre 2009. * Implantation pour la première fois en France de pacemakers nouvelle génération qui supportent le passage d'une IRM, janvier 2010. * Acquisition du robot chirurgical en octobre 2011. <p>-Labellisation / Identification</p> <p>Surveillance Continue / Soins Intensifs</p> <ul style="list-style-type: none"> * Labellisation unité de soins intensifs neurovasculaire, juin 2008. * Labellisation unité de surveillance continue urgences vitales, octobre 2008. * Labellisation unité de surveillance continue neurochirurgicale, octobre 2008. * Labellisation unité de surveillance continue de chirurgie cardiaque, novembre 2008. * labellisation unité de surveillance continue cardiologique, juin 2009. <p>SSR</p>

- * Unité cognitivo-comportementale, mars 2010, 10 lits.
 - * Conversion de 20 lits de court séjour neurologiques en 20 lits de SSR neurologiques en septembre 2010.
 - * Conversion de 50 lits de court séjour en médecine St Julien en 50 lits de SSR polyvalent en septembre 2010.
- Ambulatoire :
- * Unité ambulatoire de chirurgie gynécologique et obstétricale en février 2009 (11 places).
 - * Unité ambulatoire du pôle viscéral février 2010, 10 places.
- Gériatrie :
- * Reconnaissance de 2 unités d'hébergement renforcé en décembre 2010, de 15 lits chacune.
- Addictologie :
- * Identification d'une unité d'addictologie dédiée au sevrage et aux soins résidentiels complexes (10 lits) en mars 2009.
- Lits Identifiés Soins Palliatifs :
- * 4 lits court séjour en mars 2008 (neurologie, gériatrie aigue BG, médecine interne BG, gériatrie St Julien).
 - * 8 lits SSR en novembre 2009 (SSR Oissel, SSR BG et SSR neurologie BG).

2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1.Niveau de certification

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

Décisions

RECOMMANDATION(S)

14.a Court Séjour (Gestion du dossier du patient) .

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

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:

Charles Nicolle :

- Laboratoire d'analyses médicales (Hématologie)
- Sécurité incendie (Pas d'avis défavorable)
- Hygiène alimentaire et eau d'alimentation
- Structure du laboratoire de biothérapie dans le cadre d'un essai / Banque de tissus

Bois Guillaume :

- Sécurité incendie (Pas d'avis défavorable)

Saint Julien :

- Sécurité incendie (Pas d'avis défavorable)
- Hygiène alimentaire et eau d'alimentation

Oissel :

- Sécurité incendie (Pas d'avis défavorable)

Boucicaut :

- Sécurité incendie (Pas d'avis défavorable)
- Hygiène alimentaire et eau d'alimentation

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

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

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 15/10/2012 au 25/10/2012.

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

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.a, 1.b, 1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

3.b, 6.b, 6.d, 7.b, 7.d, 7.e

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

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

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

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

PARCOURS DU PATIENT

17.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 17.a Soins de longue durée, 19.a Personnes atteintes d'un handicap, 19.a Enfants et adolescents, 19.b Court Séjour, 19.b Soins de longue durée, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.c Court Séjour, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a Court Séjour, 20.a Soins de longue durée, 20.a bis Soins de longue durée, 20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a bis Court Séjour, 21.a Soins de longue durée, 22.a Court Séjour, 24.a Soins de longue durée, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 24.a Court Séjour

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suvi de la décision

L'établissement a la possibilité de lever tout ou partie de ses recommandations avant la prochaine itération par le biais d'un rapport de suivi dans un délai de 12 mois. S'il ne souhaite pas ou n'a pas la possibilité de lever les recommandations dont il fait l'objet, il devra fournir dans le même délai à la Haute Autorité de Santé un plan d'actions avec échéancier.

3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

Lorsque le score atteint 90%, la thématique concernée est signalée comme un point fort de l'établissement.

Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

- Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (1.f)
- Gestion des fonctions logistiques au domicile (6.g)
- Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins (8.a)
- Gestion des évènements indésirables (8.f)
- Maîtrise du risque infectieux (8.g)
- Système de gestion des plaintes et des réclamations (9.a)
- Prise en charge de la douleur (12.a)
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13.a)
- Gestion du dossier du patient (14.a)
- Accès du patient à son dossier (14.b)
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15.a)
- Prise en charge somatique des patients (17.b)
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge médicamenteuse du patient (20.a bis)
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25.a)
- Organisation du bloc opératoire (26.a)
- Organisation des autres secteurs

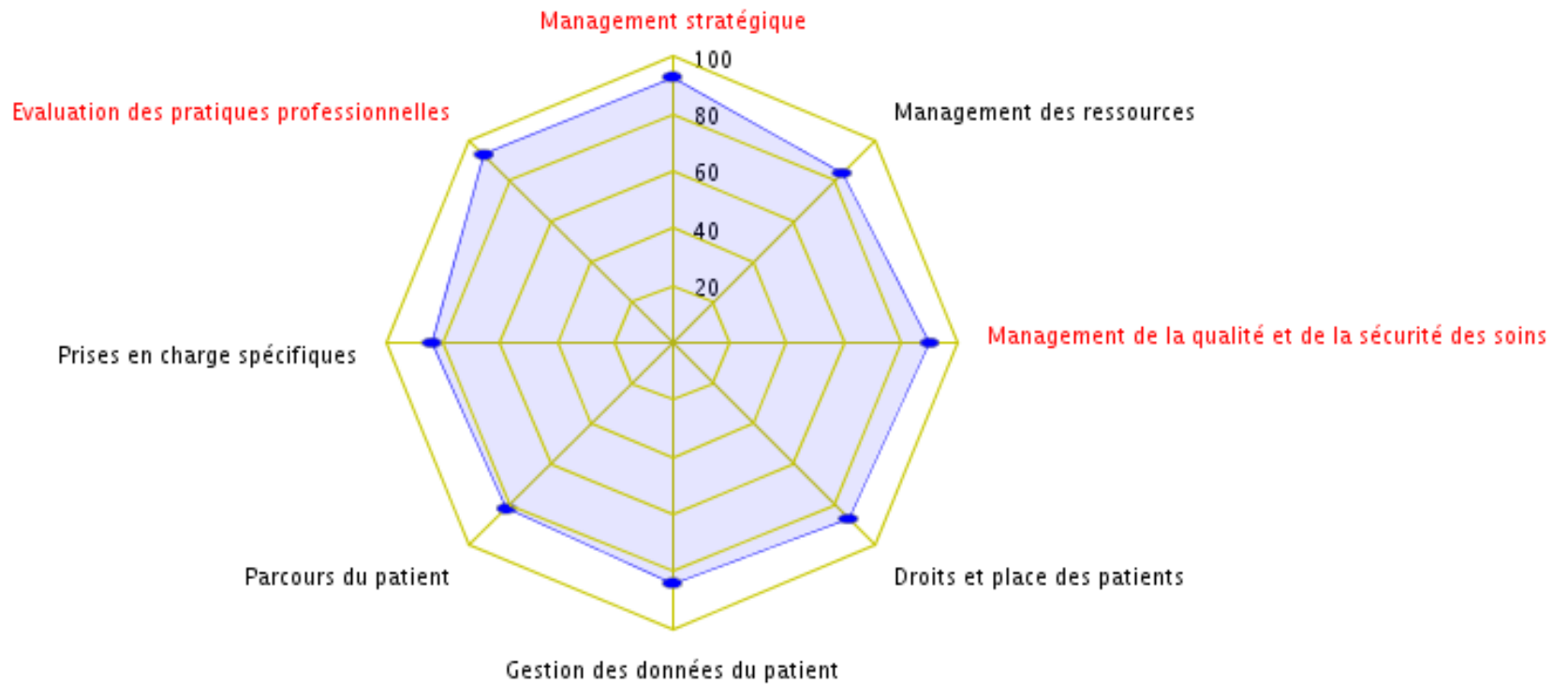
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

[Critères sélectionnés par les représentants des usagers](#)

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

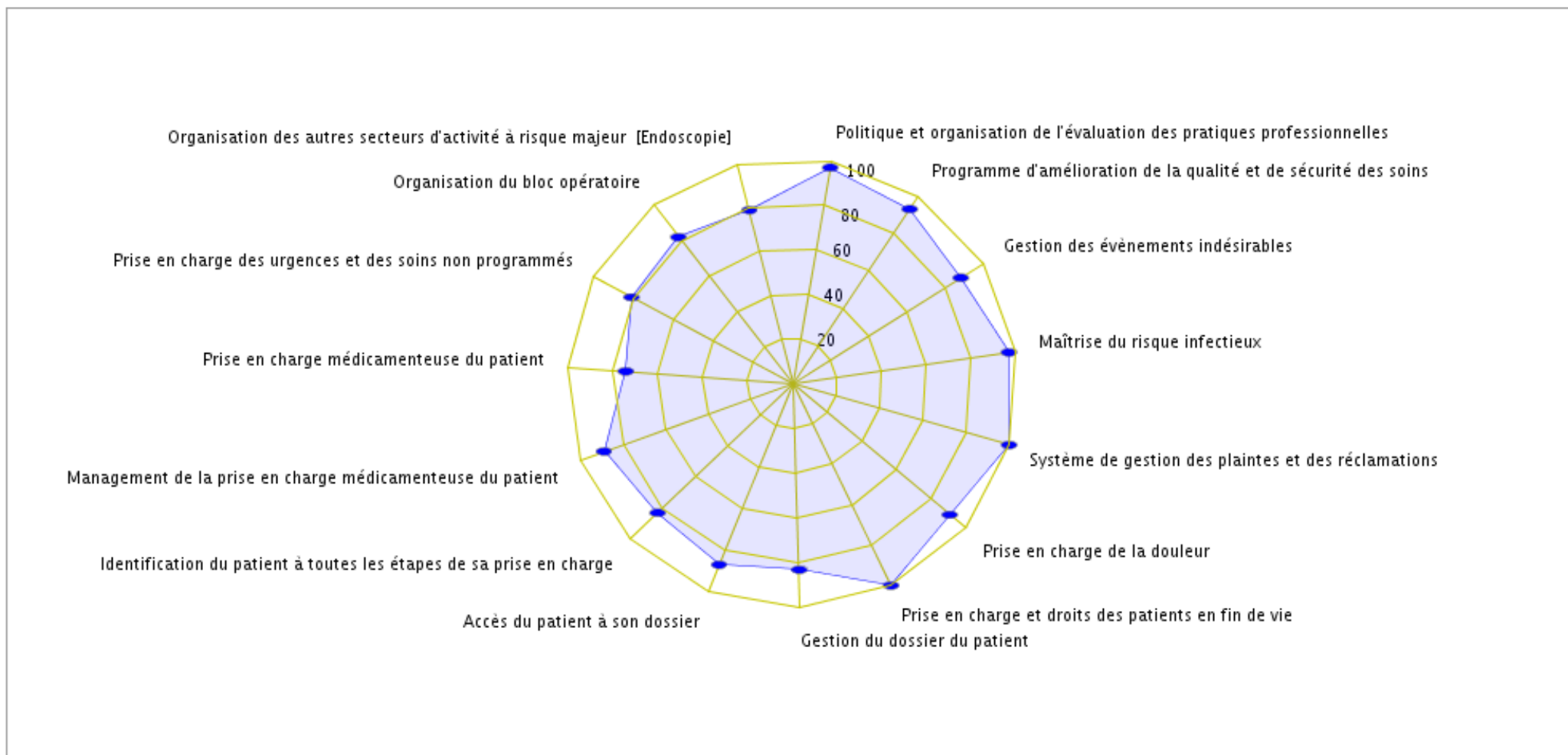
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

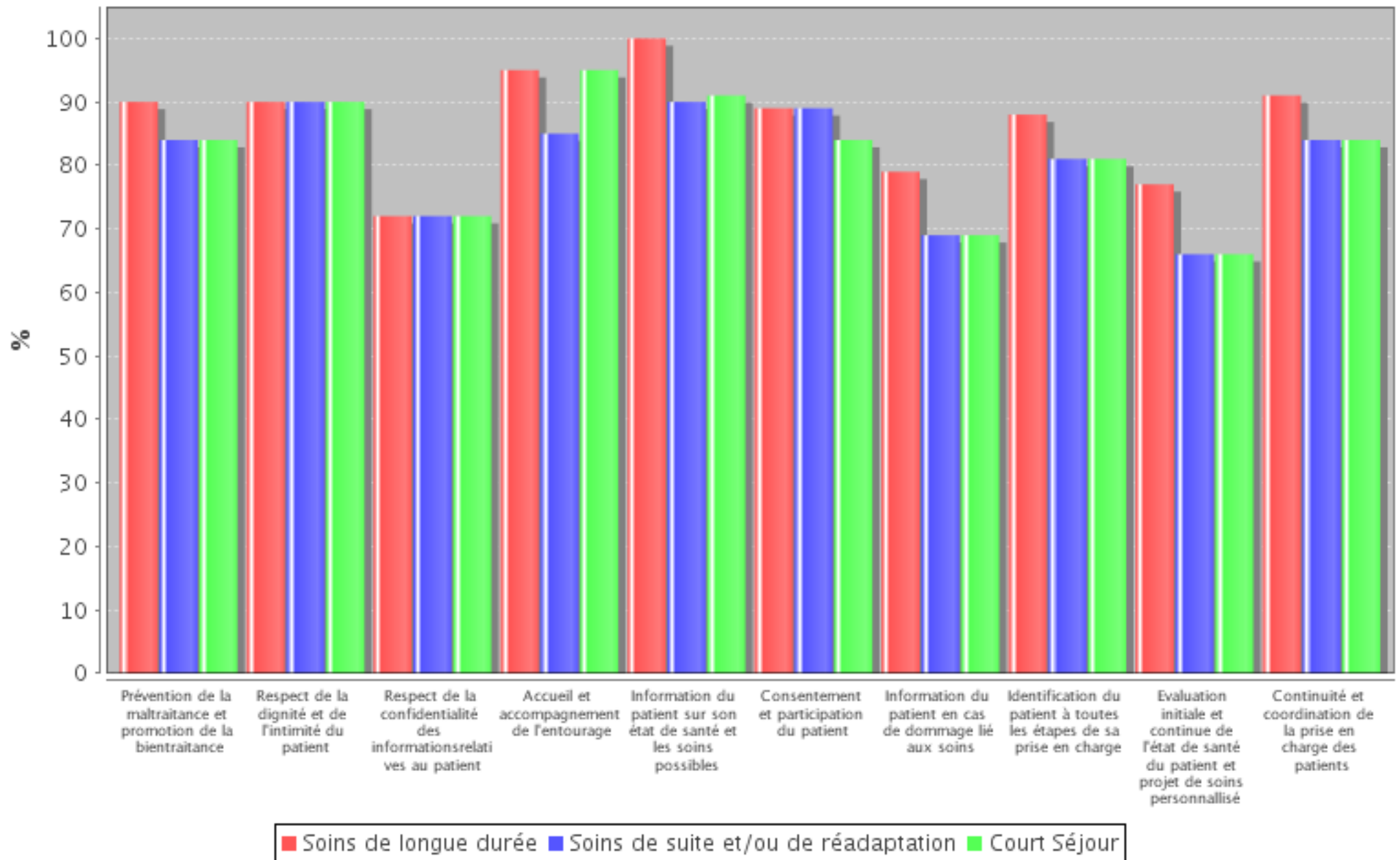


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



3. Regard patient



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

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
11a (L'établissement recense et utilise toutes les sources d'information dont il dispose concernant les risques.) ; 11c (Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.).	Type 1	En cours	<p>Les responsables du recensement des informations sur les risques sont tous identifiés et leur fiche de poste définie. La veille réglementaire est effectuée par eux-mêmes, par la direction des affaires juridiques, la délégation à la documentation et le Cabinet de la Direction Générale.</p> <p>Le recensement des informations sur les risques est organisé par la coordination générale des risques qui dispose d'une plateforme d'informations hébergée sur le répertoire commun "CGR". Dans ce répertoire, outre les fiches de postes des gestionnaires des risques de l'établissement et les formations dispensées en matière de maîtrise des risques, sont recensés les processus ayant fait l'objet d'une approche par les risques et les risques y sont identifiés et hiérarchisés. Tous les types de risques cliniques, médico-techniques, techniques, logistiques et managériaux y sont traités, en lien pour éviter de traiter les questions en "tuyaux d'orgue".</p> <p>La Coordination de la Gestion des Risques Associés aux Soins (CRAS) recense et utilise, pour ce qui la concerne, différentes sources d'information : résultats du signalement des événements indésirables associés aux soins, résultats de la surveillance des infections nosocomiales, résultats de la surveillance des événements indésirables associés à la chirurgie, résultats de la surveillance des complications associées aux chambres implantables, analyse en RMM des événements indésirables graves ou récurrents, résultats d'audits de pratiques, résultats des indicateurs nationaux IPAQSS, de la lutte contre les infections nosocomiales, et des indicateurs du Contrat de Bon Usage du médicament, identification et hiérarchisation des risques a priori, bilans d'activité des Vigilances et des commissions de la CME en</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>charge des différents aspects de la qualité et de la sécurité des soins (CLUD, CLAN, CLIN, COMEDIMS,...), rapports des gardes de direction, plaintes des usagers, rapport de la CRUCPC, veille réglementaire, rencontres avec les référents qualité.</p> <p>L'utilisation de ces sources d'informations a permis en 2011 d'identifier et de hiérarchiser les risques prioritaires dans l'établissement et de construire en s'appuyant sur ces constats le programme qualité-sécurité des soins 2011-2015 de l'établissement, qui est réévalué annuellement, toujours sur la base des constats établis à partir des sources d'information recensées ci-dessus.</p> <p>Le recensement des risques techniques a permis des actions en matière de maintenance, celui des risques logistiques en matière de traitement des déchets, celui des risques informatiques en matière de sécurité, celui des risques managériaux en matière de risques professionnels. A partir de l'identification et de la hiérarchisation des risques, des modes opératoires ont été formalisés. Chaque dysfonctionnement est analysé et fait l'objet de mesures correctrices.</p> <p>Les instances sont associées au programme qualité-sécurité prenant en compte les risques majeurs identifiés par l'Établissement. Les professionnels, par le relais de 45 référents qualité de l'établissement, sont associés tant aux diagnostics qu'aux mises en œuvre des actions décidées institutionnellement.</p>
16b (La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée.).	Type 1	Oui	Les responsables sécurité pour l'Établissement et pour l'ensemble des établissements annexes sont identifiés (Organigramme spécifique). Les effectifs du service sont supérieurs aux obligations réglementaires en matière de sécurité incendie. Un programme de contrôle interne est

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>mis en place grâce à un outil de gestion de la maintenance assistée par ordinateur des dispositifs-incendie. Il est complété par des rondes faisant l'objet de signalements par main courante électronique.</p> <p>Un programme de contrôle externe est réalisé par les commissions de sécurité. Aucun avis défavorable n'a été émis depuis la dernière certification.</p> <p>Les recommandations ou prescriptions consécutives aux contrôles externes font l'objet d'un suivi grâce à un tableau de bord électronique.</p> <p>Les formations en matière de sécurité font l'objet d'une publicité renforcée auprès du personnel (Lettre du Directeur Général, affiches installées à l'entrée de chaque service, appels à formation...).</p> <p>Trois types de formations sont dispensées régulièrement: dans les services, en amphithéâtre, sur le terrain (Manipulation des extincteurs et simulation d'évacuation en cas d'incendie).</p> <p>Des interventions ponctuelles sont prévues en réunion mensuelle des cadres de santé et au sein des instances. Une séance de formation sur la sécurité incendie est réservée aux nouveaux arrivants lors de la journée d'accueil. Le nombre de personnels formés s'est très notablement accru depuis trois ans. En 2009: 1110 agents, en 2010 : 2629 agents et en 2011: 3241 agents. En trois ans, les trois quarts des professionnels du CHU auront été formés et fin 2012, on pourra considérer que la quasi totalité des agents aura été formée à la sécurité incendie.</p> <p>Des exercices réguliers de simulation sont organisés dans les services, par petits groupes. Cet exercice s'est révélé particulièrement efficace lors d'un incendie au Pavillon</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>Dévé en 2011. Des protocoles d'alerte et d'intervention existent et sont illustrés par un film "incendie type U, type J" disponible sur l'Intranet du CHU. L'ensemble des dysfonctionnements fait l'objet d'un signalement, d'une analyse et d'un suivi de mise en œuvre d'actions correctives.</p>
28a MCO (Les règles de tenue du dossier sont connues et appliquées par les différents intervenants.) ; 28a SSR (Les règles de tenue du dossier sont connues et appliquées par les différents intervenants.) ; 28a SLD (Les règles de tenue du dossier sont connues et appliquées par les différents intervenants.).	Type 1	Oui	<p>Un guide de tenue des dossiers patients a été élaboré par un groupe de travail pluri professionnel (médecins, cadres de santé, secrétaires médicales, département de l'informatique médicale, le service des archives médicales, la direction des affaires juridiques, la direction du droit des patients et des relations avec les usagers, la direction des soins, la direction de l'informatique et des réseaux, la direction des services économiques et logistiques).</p> <p>Les thèmes traités dans le guide sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création du dossier, - Accès au dossier, - Transmission et traçabilité du dossier, transferts, - Contenu du dossier : dossier médical, dossier de soins, dossier social, dossier psychologue, - Droits des patients et traçabilité des données : personne de confiance, directives anticipées, communication du dossier, consentement, - Intégration des critères IPAQSS (HAS) : évaluation de la douleur, spécificités SSR, dossier anesthésique, - Archivage : tri du dossier, durées d'archivage, élimination des dossiers. <p>Le guide a été présenté pour avis à la CME, à la CRUQPC et à la CSIRMT.</p> <p>Le guide est accessible sur un outil informatisé de gestion documentaire.</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>Un envoi spécifique a été adressé aux responsables des Pôles leur proposant une présentation du guide. A des fins d'informations et de sensibilisation des professionnels concernés par le dossier patient, cet envoi a été accompagné du document "Les 10 points clés du guide de tenue du dossier patient".</p> <p>De plus, de nombreuses fiches d'information destinées au personnel ont été élaborées par la Direction du Droit du Patient et des relations avec les Usagers sur les thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accueil du patient mineur à l'hôpital - Dossier médical et informations communicables - Expertises médicales liées à une procédure devant la CRCI ou devant le Tribunal Administratif - Fin de vie, faire connaître sa volonté - Information et consentement du patient - Le médiateur médical et non médical - Saisie d'un dossier médical par les autorités judiciaires - Secret médical <p>Ces fiches sont diffusées dans les services et accessibles sur le site Intranet.</p> <p>Une information sur ces fiches a été adressée par courriel (signature DG/CME) à l'ensemble des personnels médicaux et des cadres.</p> <p>L'ensemble des actions menées sur la tenue du dossier patient permet une application homogène des règles qui s'y appliquent dans tous les secteurs d'activité du CHU.</p>
29a MCO (La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.) ; 29a SSR (La prescription	Type 1	Oui	Depuis 2008, les formulaires de demande ont évolués. Un groupe de travail pluriprofessionnel et pluridisciplinaire a été mis en place en 2009 pour l'amélioration de la prescription des examens biologiques. De nouvelles fiches ont été mises en place ainsi que des nouvelles pochettes

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.) ; 29a SLD (La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.) ; 29c MCO (La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais.) ; 29c SSR (La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais.) ; 29c SLD (La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais.).			<p>permettant le respect de la confidentialité. Des modalités pour la transmission des prescriptions d'examens biologiques, le prélèvement et l'acheminement des échantillons biologiques du CHU Hôpitaux de Rouen ont ainsi été rédigées en concertation et accompagnées d'une campagne d'affichage des 10 points clés au printemps 2010. Chaque évolution des demandes d'examen est présentée à l'encadrement soignant et en CME. Un nouveau changement des fiches en janvier 2012 a permis de faciliter le remplissage des renseignements cliniques par la mise en place de cases à cocher. Dans le cadre de l'informatisation des prescriptions ces demandes seront également informatisées.</p> <p>L'ouverture des droits d'accès au dossier patient par les biologistes a été acté pour ce futur système d'information. L'attribution des droits au dossier informatisé actuel pour les biologistes a été décidé par le Directeur Général en janvier 2012 et est en cours de mise en œuvre afin de faciliter l'accès aux données cliniques.</p> <p>La mise à disposition des résultats dans le dossier informatisé est une réponse aux besoins des secteurs d'activité. Un suivi d'indicateurs de conformité des délais de rendu est mis en place par le pôle de biologie (91% en 2011). Concernant le rendu des résultats chaque fiche d'analyse et d'aide au prélèvement précise les jours ou la fréquence de réalisation de l'analyse, le délai maximum de rendu et son caractère réalisable ou pas en urgence. Dans certains secteurs un pneumatique est mis en place pour faciliter le traitement rapide des analyses. Un travail spécifique à certaines prises en charge est mis en place (exemple en cancérologie pour les patients sous chimiothérapie).</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
31b MCO (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.) ; 31b SSR (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.) ; 31b SLD (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.).	Type 1	En cours	<p>La validation de la prescription complète est effective au niveau de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires au sein de la Maison d'Arrêt de Rouen (UCSA). Elle est engagée sur un site abritant des lits de long séjour, Boucicaut, pilote en matière d'informatisation. Elle nécessite la mise à disposition de ressources supplémentaires en particulier concernant les pharmaciens. Un poste de pharmacien est mis à disposition pour le projet du système d'information du CHU sur une période de trois ans. Un pharmacien a en charge à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le déploiement de l'analyse des antibiotiques - la dispensation sur le site pilote - la coordination de l'analyse pour toutes les prescriptions. <p>Trois internes en pharmacie, arrivant en mai, auront, entre autre, pour mission sur les trois sites pilote, de réaliser l'analyse pharmaceutique. 15 internes de la promotion de novembre les rejoindront.</p> <p>La délivrance nominative est effective pour les anticancéreux, les médicaments en sus, les médicaments dérivés du sang et certains antibiotiques dont la liste est sur le site intranet de la pharmacie de même que l'ordonnance de délivrance nominative. L'implantation d'un logiciel métier en pharmacie permet de tracer la délivrance informatique.</p> <p>Les préparations des médicaments non prêts à l'emploi sont réalisées au niveau de la pharmacotechnie. Seules les préparations à l'intention du service de néphrologie (pour des raisons logistiques) et dans des les situations d'urgence (de radiologie, de grossesse extra utérine) sont réalisées dans les services disposant d'un protocole</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			<p>spécifique de préparation d'anticancéreux, soit 1% de l'ensemble de toutes les demandes.</p> <p>Les marchés de la pharmacie lancés pour le 1er juin de cette année et ce pour une période 4 ans, comprennent un grand nombre de médicaments en conditionnement unitaire avec les indications portées sur le blister en conséquence. Il s'agit des formes orales sèches.</p> <p>Les boîtes de transport sécurisées ont été achetées et mises en service pour les stupéfiants.</p>
31c MCO (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.).	Type 1	Oui	<p>Le document unique de prescription/administration a été modifié et adapté à chaque spécialité. Un audit sur la traçabilité de la prescription et de l'administration sera réalisé dans le cadre du rapport d'étape CBUM 2012.</p> <p>Un guichet unique de recueil des événements indésirables a été créé sur le site Intranet des commissions qualité, vigilances, signalement d'évènements indésirables intégrant le recueil et la gestion des erreurs médicamenteuses. De plus, un groupe de travail a été créé, dans le cadre du Comédims, pour réfléchir, avec la coordinatrice des risques associés aux soins, à la création d'une fiche spécifique pour les erreurs médicamenteuses et au retour d'information de celle-ci après analyse.</p>
32c SLD (Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.) ; 32c SSR (Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions	Type 1	En cours	<p>Tous les secteurs de chirurgie, d'anesthésie et de cancérologie (Chambre Implantable) ont mis en place une RMM.</p> <p>Le bilan des RMM réalisé annuellement prouve la mise en place d'actions d'amélioration. En effet en 2011 concernant les RMM, le suivi des actions d'amélioration a été effectué dans 87% des cas (partiel dans 52%) versus 50% en 2010. Le classement en étapes selon les tableaux de bord montre que 61.5% des RMM sont à l'étape 4 ou 5</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
correctives et préventives.) ; 32c MCO (Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.).			<p>en 2011 (versus 44% en 2010). Certains dysfonctionnements organisationnels sont gérés directement par les conseils de bloc (support papier). Un système de signalement informatisé spécifique à la stérilisation est en place depuis 2010. Il permet de signaler à la stérilisation toutes les non conformités détectées hors du secteur de stérilisation, donc principalement dans les blocs opératoires, concernant les Dispositifs Médicaux Stériles. Le signalement des vigilances est en place. Le support de signalement informatisé des événements indésirables est en place. Toutefois il apparait que le caractère récent de la démarche de recensement des événement indésirables graves n'a pas permis une analyse systémique de ceux-ci.</p>

Libellé de la décision V2/V2007	APPRECIATION DE L'ARS	
	Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
16b (La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée).	Oui	La Commission de sécurité incendie a formulé un avis favorable sur l'ensemble du CHU. Un schéma directeur, un plan de mise en sécurité et un plan de mise en conformité sont validés par la Commission de sécurité incendie, la Mairie et la Préfecture. Le service de sécurité incendie a une organisation formalisée dans un organigramme faisant apparaître les niveaux de responsabilité. Chaque jour 4 agents sont en poste, pour 3 exigibles, ce qui permet d'en détacher un sur les sites périphériques. L'organisation de la formation a été revue et doit permettre désormais de former 1/3 des agents, toutes catégories confondues (Médecins y compris) tous les ans. Les formations sur site facilitent la participation des professionnels, avec des sessions spécifiques pour les personnels de nuit. Des exercices d'utilisation des extincteurs, des exercices de désenfumage et d'évacuation sont organisés lors des formations. Un film d'application des consignes est aussi présenté. Des voies de circulation pompiers ont été matérialisées et étaient respectées au moment de la visite.

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

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

L'établissement met en place des partenariats, en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels.	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

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Oui	
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.	En grande partie	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

Cotation		
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.	Oui	
--	-----	--

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.e

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

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La stratégie de développement de l'EPP est énoncée dans le projet d'établissement et déclinée dans la politique qualité 2011-2015. Les contrats de pôle reprennent cet engagement. Les objectifs sont déclinés dans le programme d'actions qualité-sécurité des soins, avec identification de responsables, échéancier et suivi d'indicateurs. Le plan d'actions apparaît au travers des fiches actions formalisées pour chaque EPP. L'engagement de mettre à disposition les moyens nécessaires est énoncé.

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

Oui

Une commission pluridisciplinaire, rattachée à la CME, est en place depuis début 2011 et a pour mission la coordination de la démarche. L'implication de la direction est effective, notamment par la direction de la qualité et la direction des soins.

Les missions et les responsabilités sont définies, afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.

Oui

Une commission EPP-DPC est en place avec une représentation de tous les pôles. Les missions et les responsabilités sont définies pour l'organisation de la démarche par l'identification d'une "équipe EPP" composée de quatre membres : le responsable, praticien hospitalier y

	Oui	consacrant tout son temps de consultant ; la coordinatrice des risques associés aux soins ; la directrice des soins ; la responsable qualité. Les fiches de poste sont formalisées pour ces professionnels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	Deux cadres supérieurs de santé de la direction des soins remplissent une mission transversale d'accompagnement des EPP. L'appui méthodologique, s'appuyant sur les besoins des professionnels concernés, est aussi assuré par des professionnels formés à la démarche : le président de la commission EPP, le département d'épidémiologie-santé publique pour des RMM, les structures qualité pour des thèmes spécifiques (CLIN, CLUD, CLAN).
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	La commission EPP établit un bilan de suivi des actions engagées. Le tableau de bord des EPP permet de synthétiser le suivi, notamment en précisant le niveau atteint par chaque action. Des tableaux de bord par pôle permettent d'alimenter le tableau global. La commission se réunit tous les deux mois. Son bilan est présenté en CME, avec un point fait sur un certain nombre d'actions et les résultats obtenus, à chaque réunion.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	L'information des professionnels se fait à plusieurs niveaux et repose sur un dispositif structuré. La stratégie, le développement et les résultats sont présentés aux instances et aux référents qualité. Une présentation régulière est faite en CME, CSIRMT, structures qualité (CLIN, CLUD, CLAN). Par ailleurs, une réunion semestrielle EPP permet de faire une présentation du développement et des résultats aux professionnels. Une rubrique EPP est développée sur le portail Intranet de l'établissement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Une présentation est faite à chaque CME et en CSIRMT : démarches en cours, leur état d'avancement et les résultats obtenus.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	En grande partie	Une révision de la stratégie est prévue tous les quatre ans dans le cadre de la révision de la politique et du programme qualité-gestion des risques. Les ajustements tiennent compte des résultats obtenus. La première révision selon cette périodicité interviendra avec le programme 2015.

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en oeuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	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.).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

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

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

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

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

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

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

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

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

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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

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.	Oui	
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs, des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances, réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	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 (comparaison 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.

Partiellement

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.	En grande partie	
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté, en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités, notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	Non	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

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

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

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

Référence 5: Le système d'information**Critère 5.a
Système d'information****Cotation****B****E1 Prévoir****Réponses aux EA****Constats**

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

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.	Oui	
--	-----	--

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.).

Oui

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.

En grande partie

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.

En grande partie

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.	En grande partie	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.b

Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

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

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

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

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	Les procédures et modalités de transport et de stockage du linge garantissent le respect des règles d'hygiène. Cependant, il a été constaté dans une unité de soins, une proximité directe, sur le chariot de distribution, du linge propre et des sacs de linge sale. Par ailleurs, les housses de transport qui recouvrent les rolls consistent en des sacs plastiques qui ne sont pas toujours positionnés dans le bon sens et sont alors trop courts pour garantir l'hygiène du bas de la pile de linge.

	Partiellement	
Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	En grande partie	
Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.	En grande partie	Des contrôles bactériologiques et visuels sont réalisés à la blanchisserie centrale. En revanche, il n'y a pas de contrôle réalisé post-livraison/distribution alors qu'il a été constaté dans deux services différents, en local lingerie propre, des salissures sur les draps du haut de la pile.
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.	Oui	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif, en associant les utilisateurs.	Oui	
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 initie une démarche d'achat éco-responsable pour certains produits ou services.	Oui	

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



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

Cotation	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		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie, et validée par l'EOH ou le CLIN (ou équivalents).	Oui	
La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un plan de maintenance préventive et curative des installations, élaboré avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalents), est mis en oeuvre.	Oui	
Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalents), et tracés.	Oui	

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

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

Critère 7.b Gestion de l'air

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

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

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

Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Partiellement

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.

Oui

Un programme d'actions 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	

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les actions à mettre en oeuvre, afin d'assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité, sont définies avec l'EOH ou la CME.	En grande partie	L'entretien et le bionettoyage des locaux sont assurés par des personnels de l'établissement ou de la société de sous-traitance selon un cahier des charges défini. La classification des locaux selon le niveau de risque infectieux est utilisée par l'EOH pour la rédaction des procédures. Elle est utilisée de façon plus implicite pour redistribuer les tâches prioritaires en cas de procédure dégradée au sein des pôles. Il existe des procédures validées pour l'entretien des locaux, les supports de traçabilité sont affichés, le plus souvent renseignés mais parfois inégalement en fonction des secteurs.
En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations.	Oui	
Les responsabilités sont identifiées, et les missions sont définies.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	Oui	
Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en oeuvre.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH ou la CME.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et d'effluents provenant des secteurs logistiques et de soins mais n'a pas inclus l'élimination des documents papier contenant des données personnelles. L'établissement n'a pas mis en place de filière sécurisée de destruction.

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

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

En grande partie

Les procédures de tri des déchets sont établies. Des dépliants sont à la disposition des professionnels ainsi que des vidéos sur l'Intranet. Les locaux intermédiaires lorsqu'ils existent sont sécurisés et des affiches sont en place. Les sacs Ordures Ménagères (OM) et les sacs DASRI sont superposés sans différenciation à même le sol dans la majorité des secteurs. Les déchets des quelques rares secteurs ne possédant pas de local intermédiaire sont mis dans des conteneurs en aluminium dans les couloirs, les conteneurs contenant les DASRI ne sont pas sécurisés.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le tri des déchets est réalisé.	En grande partie	Le tri des déchets est effectif sauf pour les documents papier contenant des données personnelles, ceux-ci sont éliminés avec les ordures ménagères.
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Partiellement	Des actions de sensibilisation sont menées pour le tri des déchets mais pas sur les conditions de stockage, de transport entre la production, le local intermédiaire et le local final. Aucun audit n'a été mené par l'EOH et le CLIN sur ce thème.
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	Les dysfonctionnements sont recensés à l'aide de la fiche de signalement des événements indésirables et sont analysés. Un diaporama sur les circuits des déchets hospitaliers a été présenté aux équipes par la direction logistique en septembre 2010. Toutefois, les experts ont constaté, dans quelques secteurs, le non respect des pratiques demandées : les sacs OM et DASRI sont superposés sans différenciation à même le sol et transportés ainsi sur de simples chariots jusqu'au local final.
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	Partiellement	Une visite d'inspection environnementale de l'ARS a eu lieu sur le site Charles Nicolle entre le 21 et 25 mai 2012. Le rapport n'est pas encore parvenu à l'établissement au moment de la visite. Aucun audit n'a été mené par l'EOH et le CLIN sur ce thème.

L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Oui	
--	-----	--

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

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

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Le programme qualité et sécurité des soins est issu de la politique qualité de l'établissement. Cette politique est formalisée dans le projet d'établissement avec cinq axes de travail qui concernent la sécurité sanitaire et la gestion coordonnée des risques et des vigilances sanitaires, l'évaluation et l'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et médico-technique des patients, la valorisation et l'extension des systèmes de management de la qualité, la définition et l'utilisation d'indicateurs de mesure de la performance et l'évaluation des attentes et perception des clients. La politique se décline dans un programme de gouvernance de la qualité fixant des objectifs généraux pour le respect des droits des patients, la sécurité du patient dans sa prise en charge, l'amélioration des pratiques et la coopération entre professionnels. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé pour 2011-2015 avec un management global et coordonné de la qualité et sécurité des soins s'appuyant sur les instances qualité et sur les

	Oui	<p>pôles. Il est constitué d'actions transversales et d'actions au niveau des pôles. Les contrats de pôle comportent un volet qualité qui reprend les objectifs institutionnels.</p> <p>Dans chaque pôle, un binôme médecin-cadre soignant pilote les actions spécifiques qui concernent le pôle. Par exemple, le pôle de médecine a rédigé un programme d'actions comprenant des actions comme l'amélioration de la tenue du dossier du patient, la traçabilité de la douleur, l'amélioration du taux de remise du livret d'accueil. En lien avec chaque objectif opérationnel, les actions sont décrites et les indicateurs sont identifiés.</p>
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	En grande partie	<p>Le programme qualité de l'établissement a été élaboré à partir de l'auto-évaluation réalisée pour la certification, de l'identification des points faibles, des données issues des différentes commissions en place (CLIN, COMEDIMS, CRU, CLUD, CLIN, CLAN, commission des bonnes pratiques cliniques...), des vigilances et dans certains cas de l'identification de risques futurs en lien avec des projets.</p> <p>Le programme proposé prend donc en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les engagements fixés dans le CPOM, les actions d'amélioration en lien avec la certification, les recommandations de la CRU, la lutte contre les infections nosocomiales, la sécurité médicamenteuse.</p> <p>Pour chaque plan d'actions du programme, un pilote est identifié et un échéancier est défini.</p> <p>Les plans d'actions font l'objet d'un suivi au niveau des pôles et du comité de la qualité et de la gestion des risques comprenant la coordination médicale de la qualité et gestion des risques, la direction des soins et la direction qualité-gestion des risques.</p> <p>La structuration globale du dispositif de signalement et d'analyse des événements indésirables est en place, le nombre de signalements étant en augmentation. Cette structuration est cependant récente et n'a pas permis d'intégrer tous les événements indésirables dans le programme.</p> <p>Les risques a priori associés aux soins sont identifiés pour la</p>

	En grande partie	<p>plupart des pôles, mais les actions de prévention des risques à mettre en place ne sont pas toutes identifiées et intégrées au programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.</p> <p>Le dispositif global de suivi des risques majeurs et récurrents est en cours de structuration.</p> <p>Les risques des processus support (logistique, technique) impactant la qualité de la prise en charge du patient sont identifiés et hiérarchisés dans la plupart des cas (ex. : transports sanitaires, déchets, bâtiments, système d'information). Les actions d'amélioration ne sont pas toujours identifiées pour être intégrées au programme annuel institutionnel.</p>
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	Oui	Les médecins engagés dans un dispositif d'accréditation ont fait connaître à l'établissement les retours de leur démarche. Les quelques événements déclarés et/ou les actions d'amélioration identifiées ont été intégrés dans le programme qualité-gestion des risques de l'établissement.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été présenté aux instances dont la CME, le CLUD, la CRU, la CSIRMT, les conférences de pôles.
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	<p>Chaque partie prenante de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (directions fonctionnelles, vigilances, commissions, pôles), assure la mise en oeuvre des actions la concernant.</p> <p>Un responsable est désigné pour chaque action, et un délai de réalisation est fixé pour chaque action d'amélioration.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le suivi global du programme est assuré par le comité de pilotage (COPIL) qualité-gestion des risques composé d'un représentant de la CME (coordinateur médical des risques), de la coordination générale des soins (directeur des soins) et de la direction qualité (ingénieur qualité). Ce COPIL se réunit toutes les deux semaines. Les référents qualité des pôles assurent le suivi des plans d'actions du pôle ; ils se réunissent avec le COPIL toutes les cinq semaines pour le suivi méthodologique et pour un management global et coordonné. Des conférences de pôle pour suivre l'état d'avancement des projets sont organisées. Les commissions (CLUD, CLIN...) et les vigilances se réunissent régulièrement et assurent ainsi le suivi de leurs actions.</p>
<p>L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.</p>	<p>Oui</p>	<p>Chaque pôle mesure régulièrement l'atteinte des objectifs de son programme d'actions. La périodicité suit l'organisation des conférences de pôle. Des commissions qualité de pôle sont en place et assurent cette mission, notamment la commission qualité du pôle Réanimation - anesthésie - SAMU. Au niveau des commissions et vigilances, l'évaluation se fait annuellement dans le cadre des bilans d'activité. L'évaluation de l'atteinte des objectifs du programme général est annuelle. Le recueil des indicateurs nationaux, la participation aux études régionales (ex. : médicaments, blocs opératoires), le développement d'indicateurs spécifiques élaborés par les différents secteurs (ex. : imagerie, endoscopie, réanimation) contribuent à l'évaluation du programme. L'établissement a participé au projet européen DUQUE d'évaluation de l'impact des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.</p>
<p>Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Le COPIL qualité-gestion des risques examine régulièrement l'atteinte des objectifs du programme. En concertation et collaboration avec chaque acteur et responsable, le COPIL décide des réajustements nécessaires à apporter au</p>

En grande partie	programme. Il a été prévu une périodicité annuelle de réajustement. Pour le programme précédent, la périodicité a été pluriannuelle, le réajustement a été réalisé pour la plupart des actions, mais l'analyse incomplète des risques n'a pas permis un réajustement complet par manque de résultats d'analyse. Le réajustement du programme actuel est prévu en fin d'année 2012.
------------------	---

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

Critère 8.b

Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins

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

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

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

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

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

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

Critère 8.d
Evaluations des risques à priori

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

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi de la mise en oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	Oui	
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.	En grande partie	
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, suite à 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	

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 évènements indésirables.

Oui

L'établissement a rédigé une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des évènements indésirables. Les notions de gravité et de fréquence sont définies avec évaluation de la criticité.

Le dispositif de signalement permet différentes portes d'entrées, notamment celles des différentes vigilances, la culture de signalement des vigilances étant plus ancienne.

Il existe plusieurs supports de déclarations (informatisés, papier, mails). La multiplicité des supports est choisie pour favoriser l'appropriation par les professionnels et permettre un recueil large et diversifié.

Le circuit de recueil et les responsables des analyses sont identifiés. La gestion de la transmission des évènements indésirables aux commissions concernées est organisée. Un document de référence identifie les personnes contact et les modalités de transmission.

Les différentes sources de recueil et traitement des évènements indésirables (RMM, vigilances, plaintes et réclamations, infections nosocomiales, erreurs médicamenteuses, commissions qualité) sont coordonnées

	Oui	par la coordination des risques associés aux soins.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	Les professionnels ont bénéficié d'une formation à l'utilisation des supports de signalement. Le projet pédagogique a permis de développer la culture du signalement et l'appropriation des outils. Une notice explicative d'accès au logiciel spécifique de déclaration est disponible. Ce document reprend la définition d'un événement indésirable, les modalités de gestion de l'événement et le circuit. Il décrit le retour au déclarant. De nombreux supports de signalement, existants ou créés par les équipes (ex. : les fiches de CREX en USLD), ont été maintenus pour favoriser le développement de la culture du signalement.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	En grande partie	L'établissement a identifié les professionnels devant bénéficier d'une formation au processus de hiérarchisation et à l'analyse des causes. Un programme de formation a été défini pour les responsables de revues de morbi-mortalité, les responsables de vigilances et les référents qualité des pôles. Une formation pluriprofessionnelle à la méthode d'analyse ORION a été organisée pour la majorité des professionnels, notamment en USLD. Les supports de formation existent et sont disponibles dans l'Intranet, notamment sous la forme de diaporamas. Un cahier des charges pour une formation ciblant un public élargi de professionnels concerné par la hiérarchisation et l'analyse des causes est rédigé, la planification est en cours.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.	Oui	Le processus de hiérarchisation permettant d'identifier les événements graves associés aux soins a été défini par une échelle de gravité concertée entre la Coordination des Risques Associés aux Soins (CRAS) et les différentes

	Oui	<p>instances référentes (CLUD, COMEDIMS, RMM...).</p> <p>Chaque responsable d'analyse a défini des critères d'analyse et de priorisation et une méthodologie.</p> <p>Cette analyse, réalisée soit par la CRAS soit par les commissions ou responsables désignés, est structurée et participative. La périodicité appartient à chaque instance. L'analyse est réalisée de façon régulière et progressive selon la structuration de chaque instance. La progression est suivie par la CRAS.</p> <p>L'analyse s'appuie sur l'expertise pluriprofessionnelle des participants, l'approche est structurée et les conclusions font l'objet de comptes-rendus.</p> <p>Chaque instance ou chaque structure a développé une méthodologie favorisant l'émergence des causes profondes et une formation spécifique selon la méthode choisie (RMM, REMED et étude MERVEIL, ORION...).</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.	Oui	<p>En cohérence avec les analyses réalisées par chaque référent, des actions correctives intégrées au plan d'actions de chaque instance et de chaque pôle et au plan institutionnel sont mises en oeuvre. La hiérarchisation est coordonnée par le COPIL qualité-gestion des risques et validée par la direction générale en concertation avec la présidence de la commission médicale d'établissement.</p>
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	En grande partie	<p>L'identification des circuits et le recueil coordonné des événements indésirables permettent de repérer la récurrence des événements. La méthodologie retenue par chaque responsable du traitement des événements indésirables permet l'émergence des causes profondes.</p> <p>Chaque instance formalise son plan d'actions correctives et le met en oeuvre en lien avec la coordination des risques.</p> <p>Cependant, il n'existe pas suffisamment d'antériorité dans le traitement des événements indésirables récurrents pour permettre une analyse systémique dans une approche globale institutionnelle.</p>

	En grande partie	La commission de suivi des RMM a identifié dans ses actions à poursuivre une aide méthodologique pour le suivi des actions correctives (modalités de suivi, indicateurs éventuels).
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	En grande partie	<p>La mesure de l'efficacité des actions correctives mises en oeuvre est réalisée par les différents acteurs et responsables du traitement des événements indésirables. Un suivi d'indicateurs spécifiques et des audits sont réalisés.</p> <p>La plupart des instances réalisent des comptes-rendus et des bilans d'activité. Les différents audits transversaux réalisés, notamment pilotés par la direction des soins, participent à la mesure de l'efficacité des actions correctives.</p> <p>Les réunions semestrielles de la commission des évaluations de pratiques professionnelles, les réunions avec les commissions qualité des pôles et le suivi initié des améliorations des parcours patients permettent de vérifier l'efficacité des actions correctives.</p> <p>Le dispositif institutionnel pour l'ensemble du programme des actions correctives est en cours de structuration. L'établissement a identifié comme action à mettre en place l'élaboration d'un outil de suivi des actions, de mesure de l'impact et de production informatisée d'indicateurs mensuels.</p>

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

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



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

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

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



Cotation	B	
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.	B	
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	<p>Une enquête régionale sur la réévaluation de l'antibiothérapie à 72 heures réalisée en mai-juin 2012, incluant 219 patients du CHU, montre un résultat à 77 % de réévaluation tracée.</p> <p>La réévaluation de l'antibiothérapie est une préoccupation importante des professionnels, qui prennent avis si besoin auprès de l'équipe du service des maladies infectieuses et tropicales.</p> <p>Cette réévaluation se fait quelquefois par une réévaluation clinique de l'état du patient et n'est alors pas tracée dans le dossier du patient.</p>

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

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

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

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

Critère 8.k Gestion des équipements biomédicaux

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

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

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

Critère 9.a
Systeme 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

Le CHU de Rouen affirme sa volonté de veiller au respect des droits du patient en recueillant de façon organisée l'expression des usagers insatisfaits. Une procédure de gestion des plaintes et réclamations a été élaborée et mise en oeuvre. Elle est largement communiquée (site Internet, livret d'accueil, plaquettes spécifiques). Cette procédure prévoit les modalités de traitement des différentes catégories de réclamations.

Une cellule des usagers est constituée au sein de la direction du droit des patients. Elle a en charge les relations avec les usagers et assure à ce titre la gestion des plaintes et réclamations. Cette cellule assure une permanence physique et téléphonique sur le site Charles Nicolle, du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00. Une "Maison des usagers" permet par ailleurs aux usagers de rencontrer les représentants des usagers au sein du CHU et le cas échéant de leur permettre d'exprimer également des plaintes ou réclamations, que les représentants des usagers transmettent alors à la cellule des usagers.

Les acteurs concernés sont systématiquement destinataires

	Oui	<p>de la réclamation afin d'apporter les éléments d'explication nécessaires à la réponse au plaignant.</p> <p>La CRUQPC est réunie au moins quatre fois par an. Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation.</p> <p>Le livret d'accueil des patients précise les modalités et les délais de traitement des plaintes et réclamations, de même que la possibilité de recourir au médiateur médical ou non médical. Il fait référence à la CRUQPC et indique la possibilité de s'adresser à la cellule des usagers ainsi qu'aux représentants des usagers.</p>
Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	<p>Des rencontres ont lieu entre les professionnels en charge de la gestion des événements indésirables et les chargées de relations avec les usagers. Les membres de la cellule des usagers ont accès au logiciel de traitement des événements indésirables qui peut ainsi vérifier si la plainte a donné lieu à déclaration d'événement indésirable.</p> <p>Les plaintes ou réclamations sont transmises au coordonnateur des risques associés aux soins.</p> <p>Des représentants de la CRUQPC participent au CLIN, au CLUD, au CLAN ainsi qu'à la CSIRMT.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	<p>Pour chaque plainte ou réclamation, le service ou l'acteur concerné se voit demander un rapport par la cellule des usagers. En l'absence de réponse dans les 15 jours, le service est relancé.</p> <p>Le CHU a élaboré un guide méthodologique de réponse aux réclamations des usagers à l'attention des professionnels.</p> <p>Les demandes d'indemnisation ou les recours contentieux sont traités par le service juridique du CHU. Le service est informé de l'issue de la procédure.</p> <p>Les actions correctives sont souvent mises en oeuvre directement par le service concerné lorsque l'objet de la plainte ou de la réclamation le permet et, dans les autres cas, les actions correctives proposées par les professionnels</p>

	Oui	concernés peuvent faire l'objet d'une discussion et être, selon les cas, présentées à la CRUQPC.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	La procédure de traitement des plaintes et réclamations prévoit, outre un courrier d'accusé de réception, une réponse écrite systématique aux plaintes et réclamations écrites. Le plaignant est informé des actions correctives que sa démarche a suscitées. Les réponses écrites mentionnent, si le sujet s'y prête, la possibilité de recourir au médiateur médical ou non médical.
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	Les membres de la CRUQPC ont la possibilité de prendre connaissance de toutes les plaintes et réclamations en les consultant auprès de la cellule des usagers. L'analyse quantitative et qualitative des plaintes et réclamations est inscrite à l'ordre du jour des réunions de la CRUQPC. Elle donne lieu à discussion au sein de l'instance. Un bilan annuel est inclus au rapport annuel de la CRUQPC présenté aux instances du CHU. Les mesures correctives ou recommandations qui s'y prêtent donnent lieu à l'élaboration d'actions intégrées au programme qualité. Le suivi du délai de réponse résulte de la procédure de traitement des plaintes et réclamations qui prévoit l'envoi d'un accusé de réception dans les 48 heures et un retour du rapport dans les 15 jours. Le délai de traitement de chaque dossier est tracé.

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

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

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

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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.	Oui	
Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.	Partiellement	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	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.	Oui	
Des actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont suivies et évaluées.	En grande partie	

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.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.	Oui	
Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.	Partiellement	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	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.	Oui	
Des actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les actions, visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, sont suivies et évaluées.	En grande partie	

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.c - Soins de longue durée
Respect de la confidentialité des informations relatives au patient**

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.d - Court Séjour
Accueil et accompagnement de l'entourage**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	Oui	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	Oui	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien, dans les situations qui le nécessitent.	Oui	

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

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

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	Oui	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	Oui	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien, dans les situations qui le nécessitent.	Oui	

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

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

A

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

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

Oui

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

Oui

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

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

Oui

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

Oui

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

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.e - Court Séjour****Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté**

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

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage concernant les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	En grande partie	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Partiellement	
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.).	Oui	
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		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	En grande partie	
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Soins de longue durée

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

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

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

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

Critère 11.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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

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

Critère 11.a - Soins de longue durée

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Critère 11.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.	En grande partie	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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.	En grande partie	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

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

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

Cotation		
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.	En grande partie	
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.	Partiellement	
--	---------------	--

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Un CLUD pluriprofessionnel et pluridisciplinaire est constitué. Un représentant des usagers, membre du CLUD, participe à chaque réunion. Le CLUD définit une politique de prise en charge de la douleur avec des objectifs précis : une évaluation systématique, une adaptation des outils ainsi que la définition de protocoles. Cette stratégie déclinée en plans d'actions tout au long de l'année est déployée sur l'ensemble de l'établissement. Le centre de traitement de la douleur (CETD) pour adultes et l'unité de traitement de la douleur enfant, labellisés par l'ARS, participent aux missions et travaux du CLUD. Un réseau pluriprofessionnel de référents "douleur" formés est déployé sur les différents sites de l'établissement. Leurs missions sont définies. L'ARS a validé le volet douleur du SROSS.

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.

En grande partie

L'établissement a établi et rédigé des protocoles de prise en charge de la douleur, en particulier dans les services réalisant des actes diagnostiques ou thérapeutiques et des soins potentiellement douloureux (urgences, cardiologie, services enfants). Tous les protocoles validés par le CLUD sont accessibles sur Intranet et font l'objet d'une

	En grande partie	réactualisation dont la périodicité n'est pas définie. Des services n'ayant pas encore de protocole sont en cours de réflexion pour déterminer les situations nécessitant la rédaction de protocoles.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations à la prise en charge de la douleur sont inscrites au plan de formation depuis plusieurs années. Les membres du CLUD participent au cahier des charges des formations institutionnelles et assurent en interne des formations actions en particulier sur les différents types de douleur et ses différents paliers d'antalgiques, la douleur induite par les soins et la diffusion de bonnes pratiques en réanimation. Des supports sont mis à la disposition des professionnels. Plusieurs médecins et soignants possèdent un DU douleur. Les référents douleur suivent des sessions spécifiques annuellement et sont personnes ressources pour le service. Un concours d'affiche en faveur de l'évaluation de la douleur a été mené en lien avec l'IFSI.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	L'information sur la douleur délivrée dans le livret d'accueil est complétée par des informations spécifiques dans les unités de soins (ex. : en anesthésie, en pédiatrie). Des protocoles mentionnent l'éducation du patient comme celui de l'utilisation de la Pompe Continue Analgésique (PCA) ou ceux concernant le sevrage médicamenteux. Des livrets d'information et d'éducation sont remis au patient (ex. : le "Patient opéré d'un décollement de rétine"). Un programme d'éducation thérapeutique validé par l'ARS est en place pour les patients présentant une douleur chronique.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » et de sa valeur de 55 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [44 % - 66 %] pour la campagne de recueil 2011.

Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	En grande partie	Les soignants s'assurent de l'efficacité du traitement le plus souvent oralement sans utiliser d'outils spécifiques proposés par le CLUD et accessibles sur l'Intranet, et certains professionnels rencontrés ne connaissaient pas la marche à suivre pour se les procurer. Ils notent leurs observations dans les transmissions ciblées. Les prescriptions sont modifiées si besoin au regard des observations des professionnels et tracées dans le dossier.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'établissement a mis en place des échelles adaptées pour les patients non communicants (Doloplus, Algoplus et ECPA). Ces échelles correspondent aux besoins identifiés pour les patients non communicants dans les différents secteurs et sont accessibles à tout professionnel concerné.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Les évaluations régulières du dossier de soins permettent aux responsables de s'assurer de la bonne appropriation des fiches modifiées et de l'utilisation des outils.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Prise en charge de la douleur ». Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation : le dossier de soins est évalué plusieurs fois par an sur un nombre de dossiers plus important et dans chaque service. Le CLUD définit lors de ses réunions un programme d'évaluation de l'efficacité de la prise en charge de la douleur sous forme d'audits réguliers dans différents secteurs (radiologie, urgences, pédiatrie). Des EPP sont menées et suivies dans plusieurs secteurs. Dans le questionnaire de satisfaction, des items sont dédiés à la prise en charge de la douleur.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Le CLUD analyse les résultats des différents audits et en déduit des axes d'amélioration qu'il inscrit dans son programme annuel. Les feuilles de recueil de données ou de surveillance ont fait l'objet d'ajustements. Les représentants des usagers sont associés pour déterminer le programme d'amélioration de la prise en

	Oui	charge de la douleur.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'ARS a validé le volet douleur du SROS. Des échanges de fonctionnement entre les différents CLUD ont été menés pour harmoniser les pratiques et en faciliter l'accès du patient quel que soit son secteur. L'établissement participe annuellement à la journée de l'Association Douleur Normandie qui réunit les professionnels des régions Haute et Basse-Normandie. Des réunions régionales sont organisées avec la participation des membres du CETD.

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Un CLUD pluriprofessionnel et pluridisciplinaire est constitué. Un représentant des usagers, membre du CLUD, participe à chaque réunion. Le CLUD définit une politique de prise en charge de la douleur avec des objectifs précis : une évaluation systématique, une adaptation des outils ainsi que la définition de protocoles. Cette stratégie déclinée en plans d'actions tout au long de l'année est déployée sur l'ensemble de l'établissement. Le centre de traitement de la douleur (CETD) pour adultes et l'unité de traitement de la douleur enfant, labellisés par l'ARS, participent aux missions et travaux du CLUD. Un réseau pluriprofessionnel de référents "douleur" formés est déployé sur les différents sites de l'établissement. Leurs missions sont définies. L'ARS a validé le volet douleur du SROSS.

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.

En grande partie

L'établissement a établi et rédigé des protocoles de prise en charge de la douleur, en particulier pour les soins potentiellement douloureux et pour certaines pathologies. Tous les protocoles validés par le CLUD sont accessibles sur Intranet et font l'objet d'une réactualisation dont la périodicité n'est pas définie. Des services n'ayant pas encore

	En grande partie	de protocole sont en cours de réflexion pour déterminer les situations nécessitant la rédaction de protocoles. Le médecin d'astreinte peut être appelé pour prescrire au cas par cas.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations à la prise en charge de la douleur sont inscrites au plan de formation depuis plusieurs années. Les membres du CLUD participent au cahier des charges des formations institutionnelles et assurent en interne des formations actions en particulier sur les différents types de douleur et ses différents paliers d'antalgiques, la douleur induite par les soins et la diffusion de bonnes pratiques en réanimation. Des supports sont mis à la disposition des professionnels. Plusieurs médecins et soignants possèdent un DU douleur. Les référents douleur suivent des sessions spécifiques annuellement et sont personnes ressources pour le service. Un concours d'affiche en faveur de l'évaluation de la douleur a été mené en lien avec l'IFSI.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	L'information sur la douleur délivrée dans le livret d'accueil est complétée par des informations spécifiques dans les unités de soins. Des protocoles mentionnent l'éducation du patient comme celui de l'utilisation de la Pompe Continue Analgésique (PCA) ou ceux concernant le sevrage médicamenteux. Un programme d'éducation thérapeutique validé par l'ARS est en place pour les patients présentant une douleur chronique.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » et de sa valeur de 59 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [48 % - 70 %] pour la campagne de recueil 2011.

Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Les soignants s'assurent de l'efficacité du traitement en utilisant des échelles adaptées au profil du patient et notent leurs observations dans les transmissions ciblées. Les prescriptions sont modifiées si besoin au regard des observations des professionnels et tracées dans le dossier.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'établissement a mis en place des échelles adaptées pour les patients non communicants (Doloplus, Algoplus et ECPA). Ces échelles correspondent aux besoins identifiés pour les patients non communicants dans les différents secteurs et sont accessibles à tout professionnel concerné.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Les évaluations régulières du dossier de soins permettent aux responsables de s'assurer de la bonne appropriation des fiches modifiées et de l'utilisation des outils.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur « Prise en charge de la douleur ». Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation : le dossier soins est évalué plusieurs fois par an sur un nombre de dossiers plus important et dans chaque service. Le CLUD définit lors de ses réunions un programme d'évaluation de l'efficacité de la prise en charge de la douleur sous forme d'audits réguliers dans différents secteurs. Des EPP sont menées et suivies dans plusieurs secteurs. Dans le questionnaire de satisfaction, des items sont dédiés à la prise en charge de la douleur.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Le CLUD analyse les résultats des différents audits et en déduit des axes d'amélioration qu'il inscrit dans son programme annuel. Les feuilles de recueil de données ou de surveillance ont fait l'objet d'ajustements. Les représentants des usagers sont associés pour déterminer le programme d'amélioration de la prise en charge de la douleur.

<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>L'ARS a validé le volet douleur du SROS. Des échanges de fonctionnement entre les différents CLUD ont été menés pour harmoniser les pratiques et en faciliter l'accès du patient quel que soit son secteur.</p> <p>L'établissement participe annuellement à la journée de l'Association Douleur Normandie qui réunit les professionnels des régions Haute et Basse-Normandie.</p> <p>Des réunions régionales sont organisées avec la participation des membres du CETD.</p>
--	------------	--

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Soins de longue durée
Prise en charge de la douleur



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Un CLUD pluriprofessionnel et pluridisciplinaire est constitué. Un représentant des usagers, membre du CLUD, participe à chaque réunion. Le CLUD définit une politique de prise en charge de la douleur avec des objectifs précis : une évaluation systématique, une adaptation des outils ainsi que la définition de protocoles. Cette stratégie déclinée en plans d'actions tout au long de l'année est déployée sur l'ensemble de l'établissement. Le centre de traitement de la douleur (CETD) pour adultes et l'unité de traitement de la douleur enfant, labellisés par l'ARS, participent aux missions et travaux du CLUD. Un réseau pluriprofessionnel de référents "douleur" formés est déployé sur les différents sites de l'établissement. Leurs missions sont définies. L'ARS a validé le volet douleur du SROSS.

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.	En grande partie	L'établissement a établi et rédigé des protocoles de prise en charge de la douleur, en particulier pour les soins potentiellement douloureux, comme par exemple pour l'utilisation de l'EMLA® et du MEOPA. Tous les protocoles validés par le CLUD sont accessibles sur Intranet et font l'objet d'une réactualisation dont la périodicité n'est définie. Des services n'ayant pas encore de protocole sont en cours de réflexion pour déterminer les situations nécessitant la rédaction de protocoles. Des prescriptions conditionnelles sont formalisées par le corps médical si besoin, sans protocole défini.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des formations à la prise en charge de la douleur sont inscrites au plan de formation depuis plusieurs années. Les membres du CLUD participent au cahier des charges des formations institutionnelles et assurent en interne des formations actions en particulier sur les différents types de douleur et ses différents paliers d'antalgiques, la douleur induite par les soins et la diffusion de bonnes pratiques en réanimation. Des supports sont mis à la disposition des professionnels. Plusieurs médecins et soignants possèdent un DU douleur. Les référents douleur suivent des sessions spécifiques annuellement et sont personnes ressources pour le service. Un concours d'affiche en faveur de l'évaluation de la douleur a été mené en lien avec l'IFSI.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	L'information sur la douleur délivrée dans le livret d'accueil est complétée, si possible, par des informations spécifiques dans les unités de soins en particulier pour les patients présentant des fonctions cognitives satisfaisantes. Les professionnels évaluent les capacités du patient afin d'adapter les informations à donner.

La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité des évaluations de la douleur est effective dès l'évaluation initiale. L'évaluation est assurée pour tous les patients recevant un traitement ou présentant des signes de souffrance. Les synthèses régulières du projet de vie comportent un item sur la douleur.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Les soignants s'assurent de l'efficacité du traitement en utilisant des échelles adaptées au profil du patient et relèvent leurs observations dans le dossier soins. Les prescriptions sont modifiées si besoin au regard des observations des professionnels et tracées dans le dossier.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'établissement a mis en place des échelles adaptées pour les patients non communicants (Doloplus, Algoplus et ECPA). Ces échelles correspondent aux besoins identifiés pour les patients non communicants dans les différents secteurs et sont accessibles à tout professionnel concerné.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Les référents douleur sont personnes ressources, assurent la mission d'aide à l'appropriation et à l'utilisation des outils, et remontent leurs observations au CLUD.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	Les dossiers de soins sont évalués régulièrement plusieurs fois par an, et les résultats analysés au regard des actions d'amélioration entreprises. Les actions d'amélioration déterminées par une EPP pérenne sont suivies et évaluées.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Le CLUD analyse les résultats des différents audits et en déduit des axes d'amélioration qu'il inscrit dans son programme annuel. Le document permettant le recueil des synthèses régulières du projet de vie est réajusté en fonction des résultats obtenus. Les représentants des usagers sont associés pour déterminer le programme d'amélioration de la prise en charge de la douleur.

<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>L'ARS a validé le volet douleur du SROS. Des échanges de fonctionnement entre les différents CLUD ont été menés pour harmoniser les pratiques et en faciliter l'accès du patient quel que soit son secteur.</p> <p>L'établissement participe annuellement à la journée de l'Association Douleur Normandie qui réunit les professionnels des régions Haute et Basse-Normandie.</p> <p>Des réunions régionales sont organisées avec la participation des membres du CETD.</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'établissement a mis en place une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) en lien avec le CLUD. Elle a pour mission le développement des soins palliatifs dans l'ensemble de l'établissement qui compte 22 lits identifiés Soins Palliatifs. L'organisation de la démarche palliative au sein des services est développée dans le volet SROSS Soins Palliatifs de la région. Une Unité Régionale de Soins Palliatifs (URSP) de 10 lits prend en charge les patients relevant de situations complexes, les membres sont également personnes ressources dans les différents secteurs hospitaliers. Une équipe de recours régional de soins pédiatriques est en place depuis fin 2011. Un réseau Soins Palliatifs Dousopal est en place pour le relais de la prise en charge à domicile.

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

Oui

L'établissement dispose d'une procédure pour la désignation de la personne de confiance et la rédaction des directives anticipées. Le recueil de la volonté du patient et des directives anticipées, recherchées au cours de divers entretiens assurés par le corps médical, est noté dans le dossier informatisé. Une évaluation cognitive peut être réalisée chez le patient en amont pour s'assurer de ses

	Oui	capacités.
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	Le livret d'accueil, remis selon une procédure institutionnelle, comporte des informations sur les droits du patient d'accepter ou de refuser des traitements de maintien de vie ou des traitements de réanimation. Des dépliants sont mis à disposition dans les services. Un guide d'aide à la rédaction des directives anticipées, élaboré avec des partenaires, est à la disposition des patients et familles.
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	<p>Dans les services prenant en charge des patients en fin de vie, un projet de soins personnalisé est élaboré en concertation pluriprofessionnelle après évaluation de l'état du patient. Le projet fait l'objet d'une macrocible dans le dossier de soins. Il est évalué quotidiennement par l'équipe pluriprofessionnelle du service lors des transmissions et en staff de service de façon hebdomadaire ou plus si besoin.</p> <p>Les membres de l'équipe sont disponibles et assurent un accompagnement des familles ; des entretiens sont proposés en colloque singulier ou en binôme.</p> <p>L'EMSP forme et soutient les professionnels lors des staffs, des réunions d'analyse de pratiques et des groupes de parole. Les psychologues du service et de la médecine du travail sont sollicités.</p>
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	<p>Plusieurs professionnels ont ou sont en cours de DU douleur et soins palliatifs.</p> <p>Le plan de formation institutionnel donne la possibilité aux professionnels de s'inscrire à des formations en lien avec les soins palliatifs, formations assurées par un organisme extérieur ou par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs.</p>

Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions pluriprofessionnelles sont organisées dans les services recevant des patients en fin de vie de façon hebdomadaire ou en cas de nécessité. L'ensemble des intervenants auprès du patient est convié : médecins, IDE, kinésithérapeute, assistante sociale, diététicienne... Des membres de l'EMSP et du comité d'éthique sont sollicités et se joignent à la discussion de cas.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Les membres de l'EMSP, personnes ressources disponibles pour les soignants, interviennent à la demande lors des staffs, des réunions d'analyse de pratiques et de groupe de parole. Une réunion est systématiquement organisée par la psychologue dans les jours qui suivent un décès. La médecine du travail peut également être sollicitée.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Plusieurs professionnels ont un DU de soins palliatifs. L'EMSP organise depuis plusieurs années deux sessions sur les problèmes juridiques et éthiques concernant la fin de vie pour les professionnels. Les dispositions de la loi Leonetti du 22 avril 2005 sont abordées. Cette formation concernent 80 agents par an.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Des conventions sont signées avec deux associations de soins palliatifs. L'intervention des bénévoles est effective dans tous les services recevant des patients en fin de vie. Les bénévoles sont formés par l'EMSP, en particulier à la relation d'aide. La maison de l'oncologie facilite les interactions familles/association. Diverses associations assurent une permanence régulière à l'espace des usagers récemment ouvert. Un projet culturel est décliné dans les services adultes recevant des patients en fin de vie ainsi qu'un projet d'animation en oncologie pédiatrique.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation annuelle par l'équipe de l'EMSP et des professionnels référents des lits dédiés soins palliatifs. Les actions menées font l'objet d'un rapport annuel adressé aux instances (CME et CSIRMT).</p> <p>Le responsable de l'unité de médecine palliative est membre du groupe éthique.</p> <p>Des enquêtes auprès des patients et des familles sont menées et les résultats présentés à la CRUQPC.</p>
<p>Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.</p>	<p>Oui</p>	<p>Au cas par cas, une réflexion est entreprise sur la limitation et l'arrêt des traitements. Cette discussion se fait lors des staffs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires après évaluation de l'évolution de l'état du patient et en concertation avec le patient et la famille. L'EMSP peut être saisie pour consultation ou réunion éthique. Le groupe d'aide éthique à la décision médicale peut être sollicité.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont menées comme l'acquisition de matériel de positionnement afin d'assurer le confort du patient, ou la mise en place de traitements thérapeutiques non médicamenteux.</p>

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'établissement a mis en place une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) en lien avec le CLUD. Elle a pour mission le développement des soins palliatifs dans l'ensemble de l'établissement qui compte 22 lits identifiés Soins Palliatifs. L'organisation de la démarche palliative au sein des services est développée dans le volet SROSS Soins Palliatifs de la région. Une Unité Régionale de Soins Palliatifs (URSP) de 10 lits prend en charge les patients relevant de situations complexes, les membres sont également personnes ressources dans les différents secteurs hospitaliers. Un réseau Soins Palliatifs Dousopal est en place pour le relais de la prise en charge à domicile.

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

Oui

L'établissement dispose d'une procédure pour la désignation de la personne de confiance et la rédaction des directives anticipées. Le recueil de la volonté du patient et des directives anticipées, recherchées au cours de divers entretiens assurés par le corps médical, est noté dans le dossier informatisé. Une évaluation cognitive peut être réalisée chez le patient en amont pour s'assurer de ses capacités.

	Oui	
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	Le livret d'accueil, remis selon une procédure institutionnelle, comporte des informations sur les droits du patient d'accepter ou de refuser des traitements de maintien de vie ou des traitements de réanimation. Des dépliants sont mis à disposition dans les services. Un guide d'aide à la rédaction des directives anticipées, élaboré avec des partenaires, est à la disposition des patients et familles.
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	<p>Dans les services prenant en charge des patients en fin de vie, un projet de soins personnalisé est élaboré en concertation pluriprofessionnelle après évaluation de l'état du patient. Le projet fait l'objet d'une macrocible dans le dossier de soins. Il est évalué quotidiennement par l'équipe pluriprofessionnelle du service lors des transmissions et en staff de service de façon hebdomadaire ou plus si besoin.</p> <p>Les membres de l'équipe sont disponibles et assurent un accompagnement des familles ; des entretiens sont proposés en colloque singulier ou en binôme.</p> <p>L'EMSP forme et soutient les professionnels lors des staffs, des réunions d'analyse de pratiques et des groupes de parole. Les psychologues du service et de la médecine du travail sont sollicités.</p>
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	<p>Plusieurs professionnels ont ou sont en cours de DU douleur et soins palliatifs.</p> <p>Le plan de formation institutionnel donne la possibilité aux professionnels de s'inscrire à des formations en lien avec les soins palliatifs, formations assurées par un organisme extérieur ou par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs.</p>

Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions pluriprofessionnelles sont organisées dans les services recevant des patients en fin de vie de façon hebdomadaire ou en cas de nécessité. L'ensemble des intervenants auprès du patient est convié : médecins, IDE, kinésithérapeute, assistante sociale, diététicienne... Des membres de l'EMSP et du comité d'éthique sont sollicités et se joignent à la discussion de cas.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Les membres de l'EMSP, personnes ressources disponibles pour les soignants, interviennent à la demande lors des staffs, des réunions d'analyse de pratiques et de groupe de parole. Une réunion est systématiquement organisée par la psychologue dans les jours qui suivent un décès. La médecine du travail peut également être sollicitée.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Plusieurs professionnels ont un DU de soins palliatifs. L'EMSP organise depuis plusieurs années deux sessions sur les problèmes juridiques et éthiques concernant la fin de vie pour les professionnels. Les dispositions de la loi Leonetti du 22 avril 2005 sont abordées. Cette formation concernent 80 agents par an.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Des conventions sont signées avec deux associations de soins palliatifs. L'intervention des bénévoles est effective dans tous les services recevant des patients en fin de vie. Les bénévoles sont formés par l'EMSP, en particulier à la relation d'aide. Diverses associations assurent une permanence régulière à l'espace des usagers récemment ouvert. Un projet culturel est décliné dans les services adultes recevant des patients en fin de vie.
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.).	Oui	La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation annuelle par l'équipe de l'EMSP et des professionnels référents des lits dédiés soins palliatifs. Les actions menées font l'objet d'un rapport annuel adressé aux instances (CME et CSIRMT).

	Oui	Le responsable de l'unité de médecine palliative est membre du groupe éthique. Des enquêtes auprès des patients et des familles sont menées et les résultats présentés à la CRUQPC.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Au cas par cas, une réflexion est entreprise sur la limitation et l'arrêt des traitements. Cette discussion se fait lors des staffs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires après évaluation de l'évolution de l'état du patient et en concertation avec le patient et la famille. L'EMSP peut être saisie pour consultation ou réunion éthique. Le groupe d'aide éthique à la décision médicale peut être sollicité.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration sont menées comme l'acquisition de matériel de positionnement afin d'assurer le confort du patient, ou la mise en place de traitements thérapeutiques non médicamenteux.

Référence 13: La fin de vie

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



Cotation

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'établissement a mis en place une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) en lien avec le CLUD. Elle a pour mission le développement des soins palliatifs dans l'ensemble de l'établissement qui compte 22 lits identifiés Soins Palliatifs. L'organisation de la démarche palliative au sein des services est développée dans le volet SROSS Soins Palliatifs de la région. Une Unité Régionale de Soins Palliatifs (URSP) de 10 lits prend en charge les patients relevant de situations complexes, les membres sont également personnes ressources dans les différents secteurs hospitaliers. Une équipe de recours régional de soins pédiatriques est en place depuis fin 2011. Un réseau Soins Palliatifs Dousopal est en place pour le relais de la prise en charge à domicile.

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

Oui

L'établissement dispose d'une procédure pour la désignation de la personne de confiance et la rédaction des directives anticipées. Le recueil de la volonté du patient et des directives anticipées, recherchées au cours de divers entretiens assurés par le corps médical, est noté dans le dossier informatisé. Une évaluation cognitive peut être réalisée chez le patient en amont pour s'assurer de ses

	Oui	capacités.
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	Le livret d'accueil, remis selon une procédure institutionnelle, comporte des informations sur les droits du patient d'accepter ou de refuser des traitements de maintien de vie ou des traitements de réanimation. Des dépliants sont mis à disposition dans les services. Un guide d'aide à la rédaction des directives anticipées, élaboré avec des partenaires, est à la disposition des patients et familles.
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	<p>Dans les services prenant en charge des patients en fin de vie, un projet de soins personnalisé est élaboré en concertation pluriprofessionnelle après évaluation de l'état du patient. Le projet fait l'objet d'une macrocible dans le dossier de soins. Il est évalué quotidiennement par l'équipe pluriprofessionnelle du service lors des transmissions et en staff de service de façon hebdomadaire ou plus si besoin.</p> <p>Les membres de l'équipe sont disponibles et assurent un accompagnement des familles ; des entretiens sont proposés en colloque singulier ou en binôme.</p> <p>L'EMSP forme et soutient les professionnels lors des staffs, des réunions d'analyse de pratiques et des groupes de parole. Les psychologues du service et de la médecine du travail sont sollicités.</p>
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	<p>Plusieurs professionnels ont ou sont en cours de DU douleur et soins palliatifs.</p> <p>Le plan de formation institutionnel donne la possibilité aux professionnels de s'inscrire à des formations en lien avec les soins palliatifs, formations assurées par un organisme extérieur ou par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs.</p>

Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions pluriprofessionnelles sont organisées dans les services recevant des patients en fin de vie de façon hebdomadaire ou en cas de nécessité. L'ensemble des intervenants auprès du patient est convié : médecins, IDE, kinésithérapeute, assistante sociale, diététicienne... Des membres de l'EMSP et du comité d'éthique sont sollicités et se joignent à la discussion de cas.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Les membres de l'EMSP, personnes ressources disponibles pour les soignants, interviennent à la demande lors des staffs, des réunions d'analyse de pratiques et de groupe de parole. Une réunion est systématiquement organisée par la psychologue dans les jours qui suivent un décès. La médecine du travail peut également être sollicitée.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Plusieurs professionnels ont un DU de soins palliatifs. L'EMSP organise depuis plusieurs années deux sessions sur les problèmes juridiques et éthiques concernant la fin de vie pour les professionnels. Les dispositions de la loi Leonetti du 22 avril 2005 sont abordées. Cette formation concerne 80 agents par an.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Des conventions sont signées avec deux associations de soins palliatifs. L'intervention des bénévoles est effective dans tous les services recevant des patients en fin de vie. Les bénévoles sont formés par l'EMSP, en particulier à la relation d'aide. La maison de l'oncologie facilite les interactions familles/association. Diverses associations assurent une permanence régulière à l'espace des usagers récemment ouvert. Un projet culturel est décliné dans les services adultes recevant des patients en fin de vie.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation annuelle par l'équipe de l'EMSP et des professionnels référents des lits dédiés soins palliatifs. Les actions menées font l'objet d'un rapport annuel adressé aux instances (CME et CSIRMT).</p> <p>Le responsable de l'unité de médecine palliative est membre du groupe éthique.</p> <p>Des enquêtes auprès des patients et des familles sont menées et les résultats présentés à la CRUQPC.</p>
<p>Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.</p>	<p>Oui</p>	<p>Au cas par cas, une réflexion est entreprise sur la limitation et l'arrêt des traitements. Cette discussion se fait lors des staffs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires après évaluation de l'évolution de l'état du patient et en concertation avec le patient et la famille. L'EMSP peut être saisie pour consultation ou réunion éthique. Le groupe d'aide éthique à la décision médicale peut être sollicité.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont menées comme l'acquisition de matériel de positionnement afin d'assurer le confort du patient, ou la mise en place de traitements thérapeutiques non médicamenteux.</p>

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Un guide de tenue du dossier patient, élaboré par un groupe pluriprofessionnel, a été diffusé en mars 2012 via Intranet (système de gestion documentaire institutionnel). Il décrit les règles à respecter par l'ensemble des professionnels du CHU-Hôpitaux de Rouen intervenant dans la tenue, le classement, l'archivage et le circuit du dossier papier. La structuration du dossier papier est identique sur l'ensemble des sites : données administratives, base de données médicales partagées informatisée, actualisées, dossier de soins structuré selon la prise en charge. Des règles spécifiques sont définies pour le dossier transfusionnel et le dossier d'anesthésie.

Les professionnels, y compris les nouveaux arrivants, sont formés aux règles de tenue, de circuit et d'accès aux dossiers par des référents de pôle. Une plaquette d'information est également diffusée aux professionnels. Une actualisation de ce guide est prévue en fonction des évolutions du système d'information.

<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un dossier est ouvert pour chaque séjour, passage aux urgences, consultation ou hospitalisation directe. La base de données médicales partagées, informatisée, permet la transmission des données médicales du patient entre professionnels, en particulier compte-rendu médical, résultats de biologie et d'imagerie. Une organisation est en place pour que les dossiers papier soient accessibles aux professionnels en temps utile : application informatique localisant le dossier, personnel dédié recherchant les dossiers depuis leur site de classement dans les services concernés ou depuis leur lieu d'archivage. Lors des consultations, de la réadmission d'un patient, ou lors d'un transfert entre les différents sites, le processus d'accessibilité au dossier est le même. Ces règles sont formalisées et diffusées dans le guide de tenue du dossier.</p>
<p>E2 Mettre en oeuvre</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Les éléments, constitutifs des étapes de la prise en charge du patient, sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Compte tenu de la classe de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 72 avec un intervalle de confiance à 95 % = [68-75] pour la campagne de recueil 2011.</p>
<p>La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La base de données médicales partagées, informatisée, permet le partage des informations en temps utile entre les différents professionnels du CHU, tous sites confondus. Pour les correspondants externes, les comptes-rendus d'hospitalisation ne sont pas toujours rédigés en temps utile, comme le montre le recueil du "Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation", avec une conformité moyenne à 79 %. Une charte d'utilisation des ressources informatiques définissant en particulier les règles d'accès, d'utilisation de sécurité et de bon usage récemment validée par les instances est en cours de signature par les professionnels.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>

<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation : il a établi un état des lieux courant 2012 concernant les dossiers de soins sur huit pôles cliniques, mis en oeuvre un audit de dossiers en parallèle au recueil des indicateurs IPAQSS sur un nombre de dossiers plus important et a réalisé des "quick audits" sur une journée.</p>
<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les résultats des évaluations sont analysés pour chaque pôle avec, comme axe d'amélioration, la mise en oeuvre d'un compte-rendu court d'hospitalisation afin d'améliorer le délai d'envoi aux correspondants externes. Le dossier papier, nouvellement mis en place, n'a pu être évalué à ce jour.</p>

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Un guide de tenue du dossier patient élaboré par un groupe pluriprofessionnel, a été diffusé en mars 2012 via Intranet (système de gestion documentaire institutionnel). Il décrit les règles à respecter par l'ensemble des professionnels du CHU-Hôpitaux de Rouen intervenant dans la tenue, le classement, l'archivage et le circuit du dossier patient. La structuration du dossier papier est identique sur l'ensemble des sites : données administratives, base de données médicales partagées actualisées, dossiers de soins structurés selon les règles de la Fédération de SSR. Les professionnels, y compris les nouveaux arrivants, sont formés aux règles de tenue, de circuit et d'accès aux dossiers par des référents de pôle. Une plaquette d'information est également diffusée aux professionnels. L'actualisation de ce guide est prévue en fonction des évolutions du système d'information.

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

Oui

Un dossier est ouvert pour chaque séjour, passage aux urgences, consultation ou hospitalisation directe. La base de données médicales partagées, informatisée, permet la transmission des données médicales du patient entre

diffusées.	Oui	professionnels, en particulier compte-rendu médical, résultats de biologie et d'imagerie. Une organisation est en place pour que les dossiers papier soient accessibles aux professionnels en temps utile : application informatique localisant le dossier, personnel dédié recherchant les dossiers depuis leur site de classement dans les services concernés ou depuis leur lieu d'archivage. Lors des consultations, de la réadmission d'un patient, ou lors d'un transfert entre les différents sites, le processus d'accessibilité au dossier est le même. Ces règles sont formalisées et diffusées dans le guide de tenue du dossier.
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 de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 90 avec un intervalle de confiance à 95 % = [88-92] 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 base de données médicales partagées, informatisée, permet le partage des informations en temps utile entre les différents professionnels du CHU, tous sites confondus. Pour les correspondants externes, les comptes-rendus d'hospitalisation sont rédigés en temps utile, comme le montre le recueil du "Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation", avec une conformité moyenne à 90 %. Une charte d'utilisation des ressources informatiques définissant en particulier les règles d'accès, d'utilisation, de sécurité et de bon usage, récemment validée par les instances, est en cours de signature par les professionnels.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient" et met en oeuvre d'autres modalités d'évaluation : il a établi en 2012 un état des lieux recensant les mesures mises en place dans l'établissement, mis en oeuvre un audit de dossiers sur un nombre de dossiers plus important que celui demandé par le recueil des indicateurs IPAQSS, a réalisé des "quick audits" sur une journée.

<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Suite au dernier audit du dossier de soins, une EPP "Prévention des escarres" a permis la mise en oeuvre d'un plan d'actions avec une réévaluation de la grille de recueil des items douleur, état cutané, nutrition. Ce recueil est en cours par pôle, par UF, de même qu'une sensibilisation des équipes par les cadres, avant une communication aux instances.</p>
--	-------------------------	--

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Un guide de tenue du dossier patient élaboré par un groupe pluriprofessionnel, a été diffusé en mars 2012 via Intranet (système de gestion documentaire institutionnel). Il décrit les règles à respecter par l'ensemble des professionnels du CHU-Hôpitaux de Rouen intervenant dans la tenue, le classement, l'archivage et le circuit du dossier patient. La structuration du dossier papier est identique sur l'ensemble des sites : données administratives, base de données médicales partagées actualisées, dossiers de soins structurés selon les règles de la Fédération de SSR. Les professionnels, y compris les nouveaux arrivants, sont formés aux règles de tenue, de circuit et d'accès aux dossiers par des référents de pôle. Une plaquette d'information est également diffusée aux professionnels. L'actualisation de ce guide est prévue en fonction des évolutions du système d'information.

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

Oui

Un dossier est ouvert pour chaque séjour. La base de données médicales partagées, informatisée, permet la transmission des données médicales du patient entre professionnels, en particulier compte-rendu médical,

diffusées.	Oui	résultats de biologie et d'imagerie. Une organisation est en place pour que les dossiers papier soient accessibles aux professionnels en temps utile : application informatique localisant le dossier, personnel dédié recherchant les dossiers depuis leur site de classement dans les services concernés ou depuis leur lieu d'archivage. Lors de transfert d'un autre site, le processus d'accessibilité au dossier est le même. Ces règles sont formalisées et diffusées dans le guide de tenue du dossier.
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	Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés dans les dossiers médicaux et dans les dossiers de soins : éléments administratifs, diagnostiques, thérapeutiques. Les projet de vie et projet de soins sont tracés à toutes les étapes de la prise en charge.
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 base de données médicales partagées, informatisée, permet le partage des informations en temps utile entre les différents professionnels du CHU, tous sites confondus. Une charte d'utilisation des ressources informatiques définissant en particulier les règles d'accès, d'utilisation de sécurité et de bon usage a été récemment validée par les instances, et est en cours de signature par les professionnels.
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'audit de dossiers est réalisé à l'aide d'une grille élaborée sur le modèle de grille de recueil des autres prises en charge, en tenant compte de la spécificité : dossier de soins adapté à la spécialité, fiche de connaissance du résident, histoire de vie, bilan d'entrée (évaluation de la douleur, état cutané), projet de vie personnalisé.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	En grande partie	Suite au dernier audit, une EPP "Prévention des escarres" a permis la mise en oeuvre d'un plan d'actions avec une réévaluation de la grille de recueil des items douleur, état cutané, nutrition. Ce recueil est réévalué par pôle, par UF, avant communication aux instances.

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 est organisé selon une procédure formalisée, connue des professionnels. Les modalités sont définies, les demandes gérées en lien avec les services de soins et le service des archives. La légalité de la demande est vérifiée, en particulier pour les demandes des ayants droit ou les mandataires après le décès d'un patient avec un formulaire spécifique de demande d'un tiers.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les patients sont informés de leurs droits d'accès à leur dossier par différents modes d'information : livret d'accueil, charte du patient hospitalisé affichée dans les services, brochures d'information, communication par le circuit de télévision interne, site Internet. Ces différents modes de communication sont accessibles aux patients et leur famille.

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

En grande partie

La demande d'accès au dossier par les patients est en augmentation constante. Les demandes sont gérées par du personnel dédié de la cellule des usagers de la DDPRU. La demande est personnalisée, la priorité est donnée aux demandes urgentes ou demandes pour expertise. Les délais

	En grande partie	de communication des dossiers sont suivis, le délai réglementaire de communication pour les dossiers datant de plus de cinq ans est respecté, il n'est pas respecté dans tous les cas pour les dossiers de moins de cinq ans.
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'évaluation des délais de transmission des dossiers a donné lieu à la mise en oeuvre d'une action d'amélioration : l'accès temporaire à la base informatisée des données médicales partagées, selon un protocole validé par la CME. Il n'y a pas de plan d'actions défini avec d'autres mesures d'amélioration.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Les indicateurs de données relatives à l'accès au dossier sont connus de la CRUQPC et figurent dans son bilan annuel (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge).

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 est organisé selon une procédure formalisée, connue des professionnels. Les modalités sont définies, les demandes gérées en lien avec les services de soins et le service des archives. La légalité de la demande est vérifiée, en particulier pour les demandes des ayants droit ou les mandataires après le décès d'un patient avec un formulaire spécifique de demande d'un tiers.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les patients sont informés de leurs droits d'accès à leur dossier par différents modes d'information : livret d'accueil, charte du patient hospitalisé affichée dans les services, brochures d'information, communication par le circuit de télévision interne, site Internet. Ces différents modes de communication sont accessibles aux patients et leur famille.

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

En grande partie

La demande d'accès au dossier par les patients est en augmentation constante. Les demandes sont gérées par du personnel dédié de la cellule des usagers de la DDPRU. La demande est personnalisée, la priorité est donnée aux demandes urgentes ou demandes pour expertise. Les délais

	En grande partie	de communication des dossiers sont suivis, le délai réglementaire de communication pour les dossiers datant de plus de cinq ans est respecté, il n'est pas respecté dans tous les cas pour les dossiers de moins de cinq ans.
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'évaluation des délais de transmission des dossiers a donné lieu à la mise en oeuvre d'une action d'amélioration : l'accès temporaire à la base informatisée des données médicales partagées, selon un protocole validé par la CME. Il n'y a pas de plan d'actions défini avec d'autres mesures d'amélioration.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Les indicateurs de données relatives à l'accès au dossier sont connus de la CRUQPC et figurent dans son bilan annuel (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge).

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.b - Soins de longue durée
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 est organisé selon une procédure formalisée, connue des professionnels. Les modalités sont définies, les demandes gérées en lien avec les services de soins et le service des archives. La légalité de la demande est vérifiée, en particulier pour les demandes des ayants droit ou les mandataires après le décès d'un patient avec un formulaire spécifique de demande d'un tiers.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les patients sont informés de leurs droits d'accès à leur dossier par différents modes d'information : livret d'accueil, charte du patient hospitalisé affichée dans les services, brochures d'information, communication par le circuit de télévision interne, site Internet. Ces différents modes de communication sont accessibles aux patients et leur famille.

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

En grande partie

La demande d'accès au dossier par les patients est en augmentation constante. Les demandes sont gérées par du personnel dédié de la cellule des usagers de la DDPRU. La demande est personnalisée, la priorité est donnée aux demandes urgentes ou demandes pour expertise. Les délais

	En grande partie	de communication des dossiers sont suivis, le délai réglementaire de communication pour les dossiers datant de plus de cinq ans est respecté, il n'est pas respecté dans tous les cas pour les dossiers de moins de cinq ans.
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'évaluation des délais de transmission des dossiers a donné lieu à la mise en oeuvre d'une action d'amélioration : l'accès temporaire à la base informatisée des données médicales partagées, selon un protocole validé par la CME. Il n'y a pas de plan d'actions défini avec d'autres mesures d'amélioration.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Les indicateurs de données relatives à l'accès au dossier sont connus de la CRUQPC et figurent dans son bilan annuel (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge).

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

Le groupe de réflexion identitovigilance, issu de la commission qualité de la CME, s'est appuyé sur la cellule opérationnelle d'identitovigilance en place depuis décembre 2011 pour la rédaction de la procédure d'identitovigilance avec les modalités de saisie de l'identité. La politique et le programme d'actions définis font partie de la politique et du programme qualité du CHU. La décision de généraliser le port du bracelet, jusque la limité au secteur interventionnel, a été validée en février 2012. L'identification du patient non communicant avec identification provisoire est organisée.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

Oui

Le principal site d'accueil administratif est situé au niveau de l'entrée principale du site Charles Nicolle. Il existe des accueils administratifs sur les autres sites du CHU. Un accueil est délocalisé au niveau de certaines consultations. Les agents administratifs ont été formés aux modalités de la saisie de l'identité et à la prévention des erreurs

	Oui	<p>d'identification, et seule une équipe de l'accueil administratif est autorisée à modifier, si nécessaire, l'identité après l'avoir vérifiée sur les documents autorisés pour la confirmer.</p> <p>Les professionnels de santé ont été formés, pour les uns, ou sensibilisés, pour les autres. La partie formation identitovigilance fait partie des programmes de formation hémovigilance/sécurité transfusionnelle.</p> <p>Des supports d'information pour faire participer les patients à la sécurisation de leur identification sont disponibles dans les différents secteurs d'activité.</p> <p>A l'entrée du patient dans le service, l'infirmière informe le patient, notamment dans les secteurs chirurgicaux, sur la demande réitérée de confirmer son identité tout au long de son parcours, afin de sécuriser sa prise en charge, en particulier dans le secteur interventionnel.</p> <p>Les personnels des services médico-techniques ont aussi été informés des modalités de vérification de l'identité.</p> <p>Nous avons pu constater que, bien que les modalités de saisie ne soient pas totalement maîtrisées dans tous les secteurs de prise en charge des patients en urgence, après la restitution de notre constat, l'établissement a aussitôt mis en place une sensibilisation de rappel des modalités de vérification et de saisie de l'identité à l'ensemble des acteurs intervenant sur ces secteurs.</p>
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	En grande partie	<p>Le personnel administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient. Les modalités de vérification de l'identité sont appliquées et tracées sur un outil informatique qui permet de savoir si cette vérification a été faite à l'aide de documents idoines ou si cette identité doit être vérifiée à la venue du patient, ce dernier n'ayant pas pu présenter ses documents lors de son entrée administrative.</p> <p>En secteur d'addictologie, le respect de l'anonymat est organisé pour les dossiers et le port du bracelet.</p> <p>Le caractère récent de l'application de cette procédure fait qu'elle reste encore en cours de diffusion dans certains services cliniques appelés à réaliser des saisies d'identité</p>

	En grande partie	<p>lors d'entrées de patients.</p> <p>Aux urgences gynécologiques et obstétricales, le personnel soignant assurant les formalités administratives d'accueil des patientes la nuit, en l'absence du personnel administratif, ne maîtrise pas la procédure de saisie de l'identité.</p> <p>Aux urgences de Saint Julien, les modalités de saisie de l'identité par les agents administratifs ne respectent pas toujours les exigences fixées par la procédure institutionnelle, la pièce d'identité n'étant pas toujours demandée.</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>	En grande partie	<p>La procédure de vérification de l'identité lors de la réalisation d'actes thérapeutiques ou diagnostiques a donné lieu à de nombreuses actions de communication et de formation.</p> <p>La vérification de l'identité est effective et tracée sur la check-list de sécurité du bloc opératoire.</p> <p>Le port des bracelets d'identité vient d'être généralisé depuis le premier trimestre 2012 à l'ensemble des secteurs d'activité et non plus limité au seul secteur interventionnel avec des modalités différentes selon les prises en charge. Au SAU pédiatrique, son utilisation n'est pas généralisée mais limitée à certaines situations, ces modalités sont en cours d'évaluation.</p> <p>Dans l'unité de chirurgie ambulatoire, une fiche de liaison hospitalisation/bloc opératoire trace les modalités du recueil de l'identité à l'arrivée du patient dans l'unité.</p> <p>En radiologie, les équipes vérifient quotidiennement les identités saisies sur les images afin de sécuriser tout le dossier informatisé d'imagerie. Une check-list radiologie interventionnelle est en place.</p> <p>La nécessité de vérifier l'identité est rappelée dans les services (règle des 5B pour l'administration du médicament) et lors de différentes formations (notamment celles de l'hémovigilance) mais les modalités de la vérification ne sont pas formalisées ni systématisées partout.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Une évaluation de la fiabilité de l'identification lors de la réalisation des prélèvements veineux a été réalisée en mai 2012 sur l'ensemble des pôles d'activité cliniques, un plan d'actions a été présenté en CSIRMT en juillet 2012 avec les six points clefs à respecter.</p> <p>Les évaluations de la check-list du bloc opératoire de 2011 et de 2012, prenant en compte l'identitovigilance dans le cadre de la première phase de sa réalisation, montre une amélioration de l'exhaustivité des réponses. La partie identité étant la partie la mieux renseignée.</p> <p>L'évaluation des pratiques des agents administratifs vient de débuter, nous avons pu voir le questionnaire utilisé pour cette enquête de pratiques. Les premiers résultats sont en cours d'analyse.</p> <p>Le questionnaire pour la réalisation de l'audit du port du bracelet est rédigé et cet audit est en cours de programmation. Devant le constat de l'absence de bracelet au retour de certains blocs opératoires, il vient d'être décidé de rendre obligatoire le port de bracelet à la sortie de bloc.</p> <p>De par la mise en oeuvre de certaines pratiques, l'établissement est en train de finaliser la programmation des différentes évaluations dont certaines sont déjà commencées et ont déjà donné lieu à la mise en place d'actions d'amélioration.</p>
--	-------------------------	--

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Le groupe de réflexion identitovigilance, issu de la commission qualité de la CME, s'est appuyé sur la cellule d'identitovigilance en place depuis décembre 2011 pour la rédaction de la procédure d'identitovigilance avec les modalités de saisie de l'identité. La politique et le programme d'actions définis font partie de la politique et du programme qualité du CHU. La décision de généraliser le port du bracelet, jusque là limité au secteur interventionnel, a été validée en février 2012.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

Oui

Le principal site d'accueil administratif est situé au niveau de l'entrée principale du site Charles Nicolle. Il existe des accueils administratifs sur les autres sites du CHU. Les agents administratifs ont été formés aux modalités de la saisie de l'identité et à la prévention des erreurs d'identification, et seule une équipe de l'accueil administratif est autorisée à modifier, si nécessaire, l'identité après l'avoir vérifiée sur les documents autorisés pour la confirmer.

	Oui	<p>Les professionnels de santé ont été formés, pour les uns, ou sensibilisés, pour les autres.</p> <p>Des supports d'information pour faire participer les patients à la sécurisation de leur identification sont disponibles dans les différents secteurs d'activité.</p> <p>A l'entrée du patient dans le service, l'infirmière informe le patient, lorsque son état cognitif le permet, sur la demande réitérée de confirmer son identité tout au long de son parcours, afin de sécuriser sa prise en charge, en particulier lors de passages dans les secteurs interventionnels.</p> <p>Les personnels des services médico-techniques ont aussi été informés des modalités de vérification de l'identité.</p> <p>Des formations ont été organisées et les règles de l'identitovigilance sont aussi rappelées lors des formations à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance.</p> <p>Afin de garantir la sécurité du patient, dans les services accueillant des patients potentiellement fugueurs, un bracelet particulier est utilisé pour ces patients au SSR de Oissel. Il est muni d'une puce qui active des détecteurs situés à des points stratégiques, comme ascenseurs ou portes. Dans les autres SSR, le port de bracelet est géré de la même manière que sur les autres secteurs du CHU.</p>
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	En grande partie	<p>Le personnel administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient. Les modalités de vérification de l'identité sont appliquées et tracées sur un outil informatique qui permet de savoir si cette vérification a été faite à l'aide de documents idoines ou si cette identité doit être vérifiée à la venue du patient, ce dernier, ou son accompagnant, n'ayant pas pu présenter de documents lors de son entrée administrative.</p> <p>Ces procédures ne sont pas encore appropriées par tous les secteurs et n'ont pas été évaluées.</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.	En grande partie	<p>La procédure de vérification de l'identité lors de la réalisation d'actes thérapeutiques ou diagnostiques a donné lieu à de nombreuses actions de communication et de formation.</p>

	En grande partie	<p>La nécessité de vérifier l'identité est rappelée dans les services (règle des 5B pour l'administration du médicament) et lors de différentes formations (notamment celles de l'hémovigilance) mais les modalités de la vérification ne sont pas formalisées ni systématisées dans quelques services.</p> <p>Le port des bracelets d'identité vient d'être généralisé depuis le premier trimestre 2012, à l'ensemble des secteurs d'activité et non plus limité au seul secteur interventionnel avec des modalités différentes selon les prises en charge.</p> <p>Ces modalités sont en cours d'adaptation.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	En grande partie	<p>Une évaluation de la fiabilité de l'identification lors de la réalisation des prélèvements veineux a été réalisée en mai 2012 sur l'ensemble des pôles d'activité cliniques, un plan d'actions a été présenté en CSIRMT en juillet 2012 avec les six points clefs à respecter.</p> <p>L'évaluation des pratiques des agents administratifs vient de débuter, nous avons pu voir le questionnaire utilisé pour cette enquête de pratiques. Les premiers résultats sont en cours d'analyse.</p> <p>Le questionnaire pour la réalisation de l'audit du port du bracelet est rédigé mais cet audit n'est pas programmé. Devant le constat de l'absence de bracelet au retour de certains blocs opératoires, il vient d'être décidé de rendre obligatoire le port de bracelet à la sortie de bloc.</p> <p>Le caractère récent de la mise en oeuvre de certaines procédures n'a pas permis de systématiser l'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient.</p>

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation

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

Le groupe de réflexion identitovigilance, issu de la commission qualité de la CME, s'est appuyé sur la cellule d'identitovigilance en place depuis décembre 2011 pour la rédaction de la procédure d'identitovigilance avec les modalités de saisie de l'identité. La politique et le programme d'actions définis font partie de la politique et du programme qualité du CHU. La décision de généraliser le port du bracelet, jusque là limité au secteur interventionnel, a été validée en février 2012. Le bracelet n'est utilisé que pour les résidents hors du service ou à risques de fugue.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

Oui

Le principal site d'accueil administratif est situé au niveau de l'entrée principale du site Charles Nicolle. Il existe des accueils administratifs sur les autres sites du CHU. Les agents administratifs ont été formés aux modalités de la saisie de l'identité et à la prévention des erreurs d'identification, et seule une équipe de l'accueil administratif est autorisée à modifier, si nécessaire, l'identité après l'avoir

	Oui	<p>vérifiée sur les documents autorisés pour la confirmer.</p> <p>Les professionnels de santé ont été formés, pour les uns, ou sensibilisés, pour les autres.</p> <p>Des supports d'information pour faire participer les patients à la sécurisation de leur identification sont disponibles dans les différents secteurs d'activité.</p> <p>A l'entrée du patient dans le service, l'infirmière informe le patient, lorsque son état cognitif le permet, sur la demande réitérée de confirmer son identité tout au long de son parcours, afin de sécuriser sa prise en charge, en particulier lors de passages dans les secteurs interventionnels.</p> <p>Les personnels des services médico-techniques ont aussi été informés des modalités de vérification de l'identité.</p> <p>Des formations ont été organisées et les règles de l'identitovigilance sont aussi rappelées lors des formations à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance.</p> <p>Afin de garantir la sécurité du patient potentiellement fugueur, un bracelet particulier est utilisé muni d'une puce qui active des détecteurs situés à des points stratégiques, comme ascenseurs ou portes.</p>
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	En grande partie	<p>Le personnel administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient. Les modalités de vérification de l'identité sont appliquées et tracées sur un outil informatique qui permet de savoir si cette vérification a été faite à l'aide de documents idoines ou si cette identité doit être vérifiée à la venue du patient, ce dernier ou son accompagnant, n'ayant pas pu présenter ses documents lors de son entrée administrative.</p> <p>L'appropriation de la procédure par l'ensemble des agents est en cours et va être évaluée.</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.	Oui	<p>La procédure de vérification de l'identité lors de la réalisation d'actes thérapeutiques ou diagnostiques a donné lieu à de nombreuses actions de communication et de formation. Il existe des procédures à disposition des équipes.</p> <p>Le port des bracelets d'identité vient d'être généralisé depuis</p>

	Oui	<p>le premier trimestre 2012, à l'ensemble des secteurs d'activité et non plus limité au seul secteur interventionnel. En USLD, il est limité au patient à risques de fugue ou lorsque le patient est accompagné à l'extérieur du service pour une consultation ou un acte interventionnel.</p> <p>Une attention particulière est portée par les équipes à la sécurité des informations. La photo du patient est présente sur son dossier de soins et sur le dossier de prescription/administration des médicaments.</p> <p>Les vêtements individuels des patients sont marqués à leur nom.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Une évaluation de la fiabilité de l'identification lors de la réalisation des prélèvements veineux a été réalisée en mai 2012 sur l'ensemble des pôles d'activité cliniques, un plan d'actions a été présenté en CSIRMT en juillet 2012 avec les six points clés à respecter.</p> <p>L'évaluation des pratiques des agents administratifs vient de débuter, nous avons pu voir le questionnaire utilisé pour cette enquête de pratiques. Les premiers résultats sont en cours d'analyse.</p> <p>Le questionnaire pour la réalisation de l'audit du port du bracelet est rédigé mais cet audit n'est pas programmé. Devant le constat de l'absence de bracelet au retour de certains blocs opératoires, il vient d'être décidé de rendre obligatoire le port de bracelet à la sortie de bloc.</p> <p>Le caractère récent de la mise en oeuvre de certaines procédures n'a pas permis de systématiser l'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient.</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.	Oui	

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	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.	Oui	

Référence 16: l'accueil du patient**Critère 16.a - Soins de longue durée
Dispositif d'accueil du patient**

Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	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.	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 personnalisé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.	Partiellement	
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 pour s'assurer de la traçabilité des informations.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	

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		
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'information, entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs, sont définies.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	En grande partie	

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.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'information, entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs, sont définies.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	En grande partie	

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

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

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.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.	En grande partie	
Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	En grande partie	

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins**Critère 18.b - 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.	En grande partie	
Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	En grande partie	

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

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

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes 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	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.	Partiellement	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	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.b - Court Séjour
Troubles de l'état nutritionnel



Cotation		
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 96 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [91 % – 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 oeuvre d'autres modalités d'évaluation en utilisant les enquêtes nationales de prévalence des infections nosocomiales et de prévalence des escarres. L'établissement a aussi réalisé, en juin dernier, un audit de "Bonnes pratiques autour du repas" dans deux pôles du site principal. Un volet de l'EPP traitant de la prévention du risque d'escarre porte sur une étude de la prévalence de la dénutrition et de sa corrélation avec la durée de séjour. Les services de pédiatrie développent des actions concernant les troubles du comportement alimentaire.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients, ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique, sont identifiés.	En grande partie	
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.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » et de sa valeur de 71 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [61 % – 81 %] 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 oeuvre d'autres modalités d'évaluation, et notamment un audit des "Bonnes pratiques autour du repas" a été réalisé en juin dernier sur trois sites de SSR.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	En grande partie	

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

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

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	En grande partie	
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.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

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

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	En grande partie	
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.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Soins de longue durée Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

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

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	En grande partie	
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.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Celle-ci a été élaborée en concertation avec l'ensemble des professionnels concernés dans le cadre du COMEDIMS qui est coprésidé par un médecin et un pharmacien, responsables du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, et dans lequel sont impliqués notamment la direction générale, la direction des soins, la CME, la direction de la qualité et de la prévention des risques ainsi que les pôles médicaux relevant de la prise en charge MCO.

Cette politique intègre les actions du contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux, les actions engagées suite aux décisions de la certification et plus généralement l'ensemble des informations pertinentes relatives au risque médicamenteux connues de l'établissement (suites des inspections et des contrôles, diverses prises en charge et populations de patients, analyses des erreurs médicamenteuses). La prévention et la lutte contre les événements indésirables en rapport avec les

	Oui	médicaments et les dispositifs médicaux constituent l'une des actions prioritaires du projet d'établissement 2008-2012, laquelle s'appuie notamment sur le déploiement d'un progiciel de production de soins et d'un logiciel de gestion de la pharmacie.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Il existe un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse intitulé "Production de soins/gestion de la pharmacie", formalisé dans le schéma directeur du système d'information actualisé en juin 2011. Ce projet vise à « implanter un système d'information dédié à la prise en charge des patients sur l'ensemble de leur parcours de soins au CHU ». Il prévoit la mise en place d'un outil informatique pour la prescription des médicaments et pour la gestion du plan de soins ainsi que d'un autre outil pour la gestion de la pharmacie. D'autre part, l'établissement utilise un progiciel pour la sécurisation du circuit des chimiothérapies, lequel est complété par un outil spécifique développé localement pour les chimiothérapies en pédiatrie. Le calendrier de mise en place de ces outils est défini. L'ES s'oriente par ailleurs vers l'utilisation d'un progiciel spécifique de prescription-plan de soins dans le pôle RAS (réanimation, anesthésie, SSPI).
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 guides et protocoles transversaux relatifs au médicament tels le guide des bonnes pratiques du circuit du médicament, le guide de gestion des traitements antithrombotiques et risque hémorragique en période péri-opératoire et le guide d'utilisation des médicaments cardio-vasculaires injectables, ainsi que des protocoles spécifiques relatifs à certaines situations cliniques particulières (prescription médicamenteuse du sujet âgé, recommandations pour l'administration non conventionnelle des médicaments sous forme orale sèche) sont mis à la disposition de tous les professionnels de santé dans la base documentaire institutionnelle informatisée. Ces documents sont accessibles sur chaque poste de travail informatique

	En grande partie	<p>ainsi que dans des classeurs disposés dans les unités de soins. Les prescriptions de chimiothérapie anticancéreuse sont l'objet d'outils spécifiques d'aide à la prescription : progiciel de sécurisation du circuit des chimiothérapies adulte et pédiatrique ; il en est de même pour la prescription des médicaments onéreux hors GHS remboursés en sus de la T2A qui est réalisée sur des fiches spécifiques rappelant les indications. La base documentaire sur le médicament Vidal Hoptimal® est accessible à tous les professionnels sur chaque poste informatique de travail.</p> <p>D'autre part, certains secteurs d'activité ont constitué leur propre fonds documentaire comportant des protocoles thérapeutiques ou de recherche, des références de bonne pratique, des supports de formation ; certains de ces documents sont disponibles sous forme papier dans les unités de soins, et dans certains secteurs sur l'Intranet. L'élaboration de ces documents, leur mise à jour, leur retrait, leur mise à disposition des équipes soignantes et les autorisations d'accès à ces ressources en ligne le cas échéant, sont décidés et gérés par l'encadrement. La validation par le pharmacien de ces documents, s'il y a lieu, n'est pas organisée.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	<p>Il existe diverses actions de formation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses, en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la journée de formation « De la prescription médicamenteuse à l'administration » organisée par le COMEDIMS en juin 2012 qui a concerné une centaine de professionnels soignants ; - la formation organisée en juin 2012 par le pôle RAS (réanimation, anesthésie, SSPI) à laquelle ont assisté 16 % des professionnels de santé (médecins et soignants) du pôle ; - les formations sur ce thème figurant dans le plan pluriannuel de formation, l'effectif de soignants ayant participé à ces actions étant cependant faible (six soignants en 2010, 16 en 2012) ;

	Oui	<p>- les formations accompagnant le déploiement des outils informatiques de prescription et plan de soins dans le cadre du projet d'informatisation du dossier patient, qui comprennent notamment un accompagnement direct des équipes par des soignants spécifiquement préparés et dédiés.</p> <p>L'établissement vient de décider l'organisation à partir de novembre 2012 d'une séance annuelle de formation des nouveaux internes sur le bon usage du médicament qui s'intégrera dans le programme annuel de formation destiné aux médecins et pharmaciens seniors et juniors ainsi qu'aux soignants en cours d'élaboration par le COMEDIMS en collaboration avec la direction des soins.</p> <p>Il existe des actions de sensibilisation des professionnels de santé au risque d'erreurs médicamenteuses : diffusion de supports tels le dossier « Qualité/sécurité du circuit du médicament, une priorité » paru dans la revue interne Echanges en juillet 2012 et le dépliant « Démarche qualité – explications » conçu par le pôle Pharmacie et mis à disposition dans la base documentaire institutionnelle, diverses interventions au niveau des équipes à l'occasion en particulier des retours d'audits et d'EPP et de la mise en place de nouvelles procédures relatives au bon usage du médicament ou à la déclaration des événements indésirables.</p> <p>Il existe un référent pharmaceutique par pôle d'activité médicale.</p>
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	En grande partie	<p>L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.</p> <p>Le secteur d'onco-hématologie pédiatrique a pris l'initiative de développer depuis plusieurs années un outil d'aide à la prescription intégrant les protocoles thérapeutiques spécifiques. La mise en place du progiciel de sécurisation du circuit du médicament anticancéreux est effective dans tous les secteurs concernés ; l'outil pédiatrique continue à être utilisé par le service clinique, il a été mis en relation avec le progiciel général de sécurisation du circuit du médicament</p>

	En grande partie	<p>anticancéreux pour les étapes de dispensation.</p> <p>Le projet institutionnel actuel d'informatisation de la production de soins a conduit à la mise en place d'un progiciel de gestion et de sécurisation du circuit du médicament en pharmacie et au déploiement récent dans deux unités pilotes de MCO de deux progiciels, l'un pour la prescription des médicaments et l'autre pour le plan de soins. Ces outils sont appropriés pour permettre la coordination en temps réel des trois étapes du circuit ; le programme de déploiement est défini. Les unités du pôle RAS devraient être équipées d'un autre progiciel de production de soins ; ce volet du déploiement n'est cependant pas formellement arrêté.</p>
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	<p>Les indicateurs IPAQSS relatifs à la prise en charge médicamenteuse (conformité des prescriptions, ordonnance de sortie) sont suivis depuis 2008 avec une granularité polaire (25 à 40 dossiers par pôle). Les indicateurs de suivi du contrat de bon usage du médicament sont inscrits dans le contrat du pôle de pharmacie et sont suivis depuis 2010 ; le dernier bilan d'étape pour 2012 est renseigné. La pharmacie a mis en place des indicateurs spécifiques concernant la pharmacotechnie dans le cadre de sa certification ISO 9001. Le pharmacien référent et l'encadrement de chaque pôle disposent des tableaux de bord de consommation des médicaments et dispositifs médicaux. D'autres indicateurs sont attendus suite à l'organisation récente du recueil des erreurs médicamenteuses et à l'EPP sur la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie du patient.</p>
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	En grande partie	<p>Un groupe de travail spécifique du COMEDIMS s'est attaché à organiser le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses en conformité avec les dispositions de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments</p>

	En grande partie	<p>dans les établissements de santé.</p> <p>En septembre 2012, ce groupe a produit une proposition de dispositif de déclaration et d'analyse des erreurs médicamenteuses comportant une typologie de ces erreurs ; un premier bilan, sur trois mois, du circuit de signalement et d'analyse (CRAS) et une proposition de méthode d'analyse.</p> <p>Les erreurs médicamenteuses survenant dans les secteurs organisant des RMM sont analysées dans ce cadre. Le nombre de signalements d'erreurs médicamenteuses met en évidence une sous déclaration compte tenu de l'activité.</p>
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	En grande partie	<p>Les évaluations des pratiques et l'analyse des erreurs conduisent à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration relatives à la prise en charge médicamenteuse ; il en a été ainsi en particulier pour l'élaboration des recommandations pour l'administration non conventionnelle (écrasement des comprimés, ouverture des gélules) des médicaments sous forme orale sèche. Ces actions sont suivies par les acteurs qui les ont engagées ; le COMEDIMS n'a pas actuellement une vision globale des actions concernant la sécurité médicamenteuse lui permettant de veiller à leur coordination. La rétro-information est assurée par les référents qualité et l'encadrement au niveau des unités de soins.</p>

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

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Celle-ci a été élaborée en concertation avec l'ensemble des professionnels concernés dans le cadre du COMEDIMS qui est coprésidé par un médecin et un pharmacien, responsables du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, et dans lequel sont impliqués notamment la direction générale, la direction des soins, la CME, la direction de la qualité et de la prévention des risques ainsi que le pôle médical de la prise en charge SSR.

Cette politique intègre les actions du contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux, les actions engagées suite aux décisions de la certification et plus généralement l'ensemble des informations pertinentes relatives au risque médicamenteux connues de l'établissement (suites des inspections et des contrôles, diverses prises en charge et populations de patients, analyses des erreurs médicamenteuses). La prévention et la lutte contre les événements indésirables en rapport avec les

	Oui	médicaments et les dispositifs médicaux constituent l'une des actions prioritaires du projet d'établissement 2008-2012, laquelle s'appuie notamment sur le déploiement d'un progiciel de production de soins et d'un logiciel de gestion de la pharmacie.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Il existe un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse intitulé "Production de soins/gestion de la pharmacie", formalisé dans le schéma directeur du système d'information actualisé en juin 2011. Ce projet vise à « implanter un système d'information dédié à la prise en charge des patients sur l'ensemble de leur parcours de soins au CHU ». Il prévoit la mise en place d'un outil informatique pour la prescription des médicaments et pour la gestion du plan de soins ainsi que d'un autre outil pour la gestion de la pharmacie. Le calendrier de mise en place de ces outils est défini.
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 guides et protocoles transversaux relatifs au médicament tels le guide des bonnes pratiques du circuit du médicament, le guide de gestion des traitements antithrombotiques et risque hémorragique en période péri-opératoire et le guide d'utilisation des médicaments cardio-vasculaires injectables, ainsi que des protocoles spécifiques relatifs à certaines situations cliniques particulières (prescription médicamenteuse du sujet âgé, recommandations pour l'administration non conventionnelle des médicaments sous forme orale sèche) sont mis à la disposition de tous les professionnels de santé dans la base documentaire institutionnelle informatisée. Ces documents sont accessibles sur chaque poste de travail informatique ainsi que dans des classeurs disposés dans les unités de soins. Les prescriptions de chimiothérapie anticancéreuse sont l'objet d'outils spécifiques d'aide à la prescription : progiciel de sécurisation du circuit des chimiothérapies adulte et pédiatrique ; il en est de même pour la prescription des médicaments onéreux hors GHS remboursés en sus de

	En grande partie	<p>la T2A qui est réalisée sur des fiches spécifiques rappelant les indications. La base documentaire sur le médicament Vidal Hoptimal® est accessible à tous les professionnels sur chaque poste informatique de travail.</p> <p>D'autre part, certains secteurs d'activité ont constitué leur propre fonds documentaire comportant des protocoles thérapeutiques ou de recherche, des références de bonne pratique, des supports de formation ; certains de ces documents sont disponibles sous forme papier dans les unités de soins, et dans certains secteurs sur l'Intranet. L'élaboration de ces documents, leur mise à jour, leur retrait, leur mise à disposition des équipes soignantes et les autorisations d'accès à ces ressources en ligne le cas échéant, sont décidés et gérés par l'encadrement. La validation par le pharmacien de ces documents, s'il y a lieu, n'est pas organisée.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	<p>Il existe diverses actions de formation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses, en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la journée de formation « De la prescription médicamenteuse à l'administration » organisée par le COMEDIMS en juin 2012 qui a concerné une centaine de professionnels soignants ; - la formation organisée en juin 2012 par le pôle RAS (réanimation, anesthésie, SSPI) à laquelle ont assisté 16 % des professionnels de santé (médecins et soignants) du pôle ; - les formations sur ce thème figurant dans le plan pluriannuel de formation, l'effectif de soignants ayant participé à ces actions étant cependant faible (six soignants en 2010, 16 en 2012) ; - les formations accompagnant le déploiement des outils informatiques de prescription et plan de soins dans le cadre du projet d'informatisation du dossier patient, qui comprennent notamment un accompagnement direct des équipes par des soignants spécifiquement préparés et

	Oui	<p>dédiés.</p> <p>L'établissement vient de décider l'organisation à partir de novembre 2012 d'une séance annuelle de formation des nouveaux internes sur le bon usage du médicament qui s'intégrera dans le programme annuel de formation destiné aux médecins et pharmaciens seniors et juniors ainsi qu'aux soignants en cours d'élaboration par le COMEDIMS en collaboration avec la direction des soins.</p> <p>Il existe des actions de sensibilisation des professionnels de santé au risque d'erreurs médicamenteuses : diffusion de supports tels le dossier « Qualité/sécurité du circuit du médicament, une priorité » paru dans la revue interne Echanges en juillet 2012 et le dépliant « Démarche qualité – explications » conçu par le pôle Pharmacie et mis à disposition dans la base documentaire institutionnelle, diverses interventions au niveau des équipes à l'occasion en particulier des retours d'audits et d'EPP et de la mise en place de nouvelles procédures relatives au bon usage du médicament ou à la déclaration des événements indésirables.</p> <p>Il existe un référent pharmaceutique par pôle d'activité médicale.</p>
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	En grande partie	<p>L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.</p> <p>La majorité des unités de SSR emploient un outil informatique d'aide à la rédaction des ordonnances intégré dans la base de données médicales partagées (CDP2) automatisant l'identification du patient et du prescripteur ainsi que la datation, garantissant la lisibilité de la prescription et produisant un support papier unique de prescription et d'administration ; cet outil ne constitue pas actuellement un instrument informatique de coordination en temps réel des trois étapes du circuit (prescription, analyse et délivrance, administration et enregistrement).</p> <p>Le projet institutionnel actuel d'informatisation de la production de soins a conduit à la mise en place d'un</p>

	En grande partie	progiciel de gestion et de sécurisation du circuit du médicament en pharmacie et au déploiement récent dans trois unités pilotes (MCO et SLD) de deux progiciels, l'un pour la prescription des médicaments et l'autre pour le plan de soins. Ces outils sont appropriés pour permettre la coordination en temps réel des trois étapes du circuit ; le programme de déploiement, qui comprend les unités de SSR, est défini.
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	Les indicateurs IPAQSS relatifs à la prise en charge médicamenteuse (conformité des prescriptions, ordonnance de sortie) sont suivis depuis 2008 avec une granularité polaire (25 à 40 dossiers par pôle). Les indicateurs de suivi du contrat de bon usage du médicament sont inscrits dans le contrat du pôle de pharmacie et sont suivis depuis 2010 ; le dernier bilan d'étape pour 2012 est renseigné. La pharmacie a mis en place des indicateurs spécifiques concernant la pharmacotechnie dans le cadre de sa certification ISO 9001. Le pharmacien référent et l'encadrement de chaque pôle disposent des tableaux de bord de consommation des médicaments et dispositifs médicaux. D'autres indicateurs sont attendus suite à l'organisation récente du recueil des erreurs médicamenteuses et à l'EPP sur la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie du patient.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	En grande partie	Un groupe de travail spécifique du COMEDIMS s'est attaché à organiser le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses en conformité avec les dispositions de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. En septembre 2012, ce groupe a produit une proposition de dispositif de déclaration et d'analyse des erreurs médicamenteuses comportant une typologie de ces erreurs ; un premier bilan, sur trois mois, du circuit de signalement et

	En grande partie	d'analyse (CRAS) et une proposition de méthode d'analyse. Les erreurs médicamenteuses survenant dans les secteurs organisant des RMM sont analysées dans ce cadre. Le nombre de signalements d'erreurs médicamenteuses met en évidence une sous déclaration compte tenu de l'activité.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	En grande partie	Les évaluations des pratiques et l'analyse des erreurs conduisent à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration relatives à la prise en charge médicamenteuse ; il en a été ainsi en particulier pour l'élaboration des recommandations pour l'administration non conventionnelle (écrasement des comprimés, ouverture des gélules) des médicaments sous forme orale sèche. Ces actions sont suivies par les acteurs qui les ont engagées ; le COMEDIMS n'a pas actuellement une vision globale des actions concernant la sécurité médicamenteuse lui permettant de veiller à leur coordination. La rétro-information est assurée par les référents qualité et l'encadrement au niveau des unités de soins.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Soins de longue durée
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Celle-ci a été élaborée en concertation avec l'ensemble des professionnels concernés dans le cadre du COMEDIMS qui est coprésidé par un médecin et un pharmacien, responsables du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, et dans lequel sont impliqués notamment la direction générale, la direction des soins, la CME, la direction de la qualité et de la prévention des risques ainsi que les pôles médicaux relevant de la prise en charge MCO.

Cette politique intègre les actions du contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux, les actions engagées suite aux décisions de la certification et plus généralement l'ensemble des informations pertinentes relatives au risque médicamenteux connues de l'établissement (suites des inspections et des contrôles, diverses prises en charge et populations de patients, analyses des erreurs médicamenteuses). La prévention et la lutte contre les événements indésirables en rapport avec les

	Oui	médicaments et les dispositifs médicaux constituent l'une des actions prioritaires du projet d'établissement 2008-2012, laquelle s'appuie notamment sur le déploiement d'un progiciel de production de soins et d'un logiciel de gestion de la pharmacie.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	Oui	Il existe un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse intitulé "Production de soins/gestion de la pharmacie", formalisé dans le schéma directeur du système d'information actualisé en juin 2011. Ce projet vise à « implanter un système d'information dédié à la prise en charge des patients sur l'ensemble de leur parcours de soins au CHU ». Il prévoit la mise en place d'un outil informatique pour la prescription des médicaments et pour la gestion du plan de soins ainsi que d'un autre outil pour la gestion de la pharmacie. Le calendrier de mise en place de ces outils est défini.
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des guides et protocoles transversaux relatifs au médicament tels le guide des bonnes pratiques du circuit du médicament, le guide de gestion des traitements antithrombotiques et risque hémorragique en période péri-opératoire et le guide d'utilisation des médicaments cardio-vasculaires injectables, ainsi que des protocoles spécifiques relatifs à certaines situations cliniques particulières (prescription médicamenteuse du sujet âgé, recommandations pour l'administration non conventionnelle des médicaments sous forme orale sèche) sont mis à la disposition de tous les professionnels de santé dans la base documentaire institutionnelle informatisée. Ces documents sont accessibles sur chaque poste de travail informatique ainsi que dans des classeurs disposés dans les unités de soins. Les prescriptions de chimiothérapie anticancéreuse sont l'objet d'outils spécifiques d'aide à la prescription : progiciel de sécurisation du circuit des chimiothérapies adulte et pédiatrique ; il en est de même pour la prescription des médicaments onéreux hors GHS remboursés en sus de

	Oui	la T2A qui est réalisée sur des fiches spécifiques rappelant les indications. La base documentaire sur le médicament Vidal Hoptimal® est accessible à tous les professionnels sur chaque poste informatique de travail.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	<p>Il existe diverses actions de formation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses, en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la journée de formation « De la prescription médicamenteuse à l'administration » organisée par le COMEDIMS en juin 2012 qui a concerné une centaine de professionnels soignants ; - la formation organisée en juin 2012 par le pôle RAS (réanimation, anesthésie, SSPI) à laquelle ont assisté 16 % des professionnels de santé (médecins et soignants) du pôle ; - les formations sur ce thème figurant dans le plan pluriannuel de formation, l'effectif de soignants ayant participé à ces actions étant cependant faible (six soignants en 2010, 16 en 2012) ; - les formations accompagnant le déploiement des outils informatiques de prescription et plan de soins dans le cadre du projet d'informatisation du dossier patient, qui comprennent notamment un accompagnement direct des équipes par des soignants spécifiquement préparés et dédiés. <p>L'établissement vient de décider l'organisation à partir de novembre 2012 d'une séance annuelle de formation des nouveaux internes sur le bon usage du médicament qui s'intégrera dans le programme annuel de formation destiné aux médecins et pharmaciens seniors et juniors ainsi qu'aux soignants en cours d'élaboration par le COMEDIMS en collaboration avec la direction des soins.</p> <p>Il existe des actions de sensibilisation des professionnels de santé au risque d'erreurs médicamenteuses : diffusion de supports tels le dossier « Qualité/sécurité du circuit du médicament, une priorité » paru dans la revue interne</p>

	Oui	Echanges en juillet 2012 et le dépliant « Démarche qualité – explications » conçu par le pôle Pharmacie et mis à disposition dans la base documentaire institutionnelle, diverses interventions au niveau des équipes à l'occasion en particulier des retours d'audits et d'EPP et de la mise en place de nouvelles procédures relatives au bon usage du médicament ou à la déclaration des événements indésirables. Il existe un référent pharmaceutique par pôle d'activité médicale.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée. Le projet institutionnel actuel d'informatisation de la production de soins a conduit à la mise en place d'un progiciel de gestion et de sécurisation du circuit du médicament en pharmacie et au déploiement récent dans une unité pilote de SLD de deux progiciels, l'un pour la prescription des médicaments et l'autre pour le plan de soins. Ces outils sont appropriés pour permettre la coordination en temps réel des trois étapes du circuit ; le programme de déploiement est défini.
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	Les indicateurs IPAQSS relatifs à la prise en charge médicamenteuse (conformité des prescriptions, ordonnance de sortie) sont suivis depuis 2008 avec une granularité polaire (25 à 40 dossiers par pôle). Les indicateurs de suivi du contrat de bon usage du médicament sont inscrits dans le contrat du pôle de pharmacie et sont suivis depuis 2010 ; le dernier bilan d'étape pour 2012 est renseigné. La pharmacie a mis en place des indicateurs spécifiques concernant la pharmacotechnie dans le cadre de sa certification ISO 9001. Le pharmacien référent et l'encadrement de chaque pôle disposent des tableaux de bord de consommation des médicaments et dispositifs

	Oui	médicaux. D'autres indicateurs sont attendus suite à l'organisation récente du recueil des erreurs médicamenteuses et à l'EPP sur la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie du patient.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	<p>Un groupe de travail spécifique du COMEDIMS s'est attaché à organiser le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses en conformité avec les dispositions de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.</p> <p>En septembre 2012, ce groupe a produit une proposition de dispositif de déclaration et d'analyse des erreurs médicamenteuses comportant une typologie de ces erreurs, un premier bilan (sur trois mois) du circuit de signalement et d'analyse (CRAS) et une proposition de méthode d'analyse.</p> <p>Un comité de retour d'expérience (CREX) est organisé régulièrement dans les divers services de SLD selon la méthode Orion à laquelle les cadres médicaux et paramédicaux ont été formés. Les erreurs médicamenteuses font l'objet d'un recueil et d'une analyse formalisée dans ce cadre ; la rétro-information des professionnels est assurée lors des réunions de service.</p>
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	En grande partie	<p>Les différentes évaluations des pratiques et l'analyse des erreurs en CREX conduisent à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration relatives à la prise en charge médicamenteuse ; il en a été ainsi en particulier pour l'élaboration des recommandations pour l'administration non conventionnelle (écrasement des comprimés, ouverture des gélules) des médicaments sous forme orale sèche. Ces actions sont suivies par les acteurs qui les ont engagées ; le COMEDIMS n'a pas actuellement une vision globale des actions concernant la sécurité médicamenteuse lui permettant de veiller à leur coordination. La rétro-information est assurée par les référents qualité et l'encadrement au niveau des unités de soins.</p>

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

Les règles de prescription sont définies dans le guide institutionnel "Bonnes pratiques du circuit du médicament". Les règles spécifiques à l'emploi des outils informatiques sont formalisées. Un modèle de document unique de prescription et d'administration a été établi par les pharmaciens. Les secteurs d'activité comportant des unités n'utilisant pas l'outil intégré dans la base de données informatisée CDP2 et n'étant pas pilotes pour l'outil informatique de prescription en cours de déploiement ont adapté ce modèle à leur pratique ; ces supports spécifiques n'ont pas été validés par les pharmaciens.

Les prescriptions utilisant un outil informatique (partie prescription de la base de données médicales partagées CDP2, logiciel de prescription générale en cours de déploiement dans le cadre du projet d'informatisation du dossier patient, logiciel de sécurisation pour les prescriptions de chimiothérapie) produisent des documents uniques et validés permettant de tracer l'administration en regard de la prescription de chaque médicament.

	En grande partie	Les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang et les médicaments à statut particulier (ATU nominative et de cohorte, médicaments onéreux hors GHS remboursés en sus de la T2A, nutrition parentérale, préparations magistrales, certains anti-infectieux et médicaments spécifiques à prescription restreinte) sont l'objet d'un double dispositif de prescription : la prescription sur le support unique est obligatoirement doublée par une ordonnance nominative dédiée dont le format est défini ; cette ordonnance est le support d'une dispensation nominative. Il a été constaté la persistance de retranscriptions des prescriptions par les IDE dans le secteur de néonatalogie mais un support unique, en cours de finalisation, a été présenté pendant la visite, et sa diffusion est prévue à court terme.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Oui	Le guide "Bonnes pratiques du circuit du médicament" définit les règles relatives à la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus. L'établissement est organisé pour que les professionnels recueillent auprès du patient le traitement dont il disposait avant son hospitalisation et que celui-ci soit repris dans la prescription hospitalière, s'il y a lieu. Sur ce thème, une EPP a été conduite dans une unité des urgences adultes, et une étude pilote de conciliation médicamenteuse est en cours dans le service de médecine et gériatrie aiguë. La gestion des médicaments détenus par le patient lors de son admission est organisée. L'ordonnance de sortie est produite et enregistrée sur la base de données médicales partagées CDP2.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	Partiellement	Il existe des procédures spécifiques de la pharmacie visant à assurer la sécurisation de la dispensation des médicaments, en particulier pour les anticancéreux, les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang et les médicaments à statut particulier (ATU nominative et de cohorte, médicaments onéreux hors GHS remboursés en sus de la T2A, nutrition parentérale, préparations magistrales, certains anti-infectieux et médicaments spécifiques à prescription

Partiellement	<p>restreinte). Le guide "Bonnes pratiques du circuit du médicament" en vigueur à compter du 10 octobre 2012 ne comporte pas de chapitre spécifique dédié à la dispensation.</p> <p>L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient n'est organisée que dans quelques unités (UCSA, unités pilotes pour le déploiement de l'outil informatique de prescription des médicaments) et une analyse est réalisée pour certains médicaments, tels les anticancéreux et les médicaments à statut particulier, mais elle est limitée au médicament concerné.</p> <p>La préparation des médicaments non prêts à l'emploi est organisée et réalisée dans le secteur de pharmacotechnie qui est certifié ISO 9001 ; des dérogations en rapport avec des contraintes spécifiques existent en néphrologie et pour les situations d'urgence, en dehors des heures d'ouverture de la pharmacotechnie.</p> <p>La délivrance des médicaments est nominative pour les anticancéreux, les médicaments dérivés du sang et les médicaments à statut particulier (ATU nominative et de cohorte, médicaments onéreux hors GHS remboursés en sus de la T2A, nutrition parentérale, préparations magistrales, certains anti-infectieux et médicaments spécifiques à prescription restreinte) et pour les médicaments prescrits dans les unités pilotes pour le déploiement du nouvel outil informatique de prescription. En dehors de ces cas, l'organisation est fondée sur une dotation globale pour chaque unité. Dans plusieurs services, des armoires avec un système "vide-plein" sont en place, gérées par les IDE du service.</p> <p>La nécessité de maintenir l'identification du médicament jusqu'à son administration, les modalités d'acheminement sécurisé des médicaments et de commande en urgence et les responsabilités en matière d'information et de conseils aux patients sont précisées dans le guide "Bonnes pratiques du circuit du médicament".</p> <p>La gestion des stocks de la PUI est optimisée grâce notamment à la mise en service d'un progiciel de gestion de la pharmacie.</p>
---------------	---

	Partiellement	
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	<p>Les règles générales d'administration des médicaments sont définies dans le guide "Bonnes pratiques du circuit du médicament" ; des procédures complémentaires existent pour certaines situations spécifiques (ex. : recommandations pour l'administration non conventionnelle des médicaments sous forme orale sèche, guide d'utilisation des médicaments cardio-vasculaires injectables). Une double vérification indépendante de la préparation des doses de médicaments anticancéreux à administrer est conseillée. Ces documents sont validés, actualisés, diffusés et accessibles à tous les professionnels concernés. Le matériel d'administration des médicaments à risques est standardisé.</p> <p>Pour les médicaments à risques dont la préparation est assurée par la pharmacotechnie, la gestion et le rangement sont assurés par un personnel dédié et formé ; le personnel infirmier des unités dans lesquelles sont administrés ces médicaments est également identifié et formé en conséquence. La gestion et le rangement des autres médicaments dans les unités de soins sont assurés par le personnel infirmier sous la supervision de leurs cadres.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Partiellement	Compte tenu de la valeur du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » et de sa valeur de 6 % pour la campagne de recueil 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Partiellement	L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient n'est effective que dans quelques unités (UCSA, unités pilotes pour le déploiement de l'outil informatique de prescription des médicaments). L'analyse pharmaceutique est effective pour certains médicaments, tels les

	Partiellement	<p>anticancéreux et les médicaments à statut particulier, mais limitée au médicament concerné.</p> <p>La délivrance des médicaments est nominative pour les anticancéreux, les médicaments dérivés du sang et les médicaments à statut particulier (ATU nominative et de cohorte, médicaments onéreux hors GHS remboursés en sus de la T2A, nutrition parentérale, préparations magistrales, certains anti-infectieux et médicaments spécifiques à prescription restreinte) et pour les médicaments prescrits dans les unités pilotes pour le déploiement du nouvel outil informatique de prescription. En dehors de ces cas, l'organisation est fondée sur une dotation globale pour chaque unité.</p> <p>L'établissement a prévu d'augmenter le taux de réalisation de l'analyse pharmaceutique et de la délivrance nominative au fur et à mesure du déploiement du nouvel outil informatique de prescription, en fonction des ressources humaines en pharmaciens qu'il pourra engager.</p>
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	En grande partie	<p>La préparation des médicaments non prêts à l'emploi est assurée dans le secteur de pharmacotechnie sous la responsabilité directe des pharmaciens ; cette unité est certifiée ISO 9001. Des dérogations en rapport avec des contraintes spécifiques existent pour la néphrologie et pour les situations d'urgence, en dehors des heures d'ouverture de la pharmacotechnie. Pour les chimiothérapies devant être réalisées en urgence, la prescription, l'analyse pharmaceutique et la dispensation nominative sont assurées par le pharmacien de garde, le personnel infirmier des unités ayant ensuite en charge la préparation pharmaceutique dans l'unité de soins sur la base des règles figurant dans le guide "Bonnes pratiques du circuit du médicament" et d'une fiche générique de recommandations accompagnant le médicament. La formation préalable du personnel infirmier à ces préparations n'est pas toujours actualisée ni tracée.</p>

Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les équipes soignantes ont identifié les situations qui nécessitent une information particulière du patient, au regard du type de patient, de la nature du médicament et en particulier de son rapport bénéfice-risque, lors de sa prescription, de son administration pendant l'hospitalisation et éventuellement lors de sa sortie. Cette information est donnée par les médecins et/ou les soignants, sans intervention du pharmacien. Cette information est parfois structurée avec des supports, sa traçabilité dans le dossier du patient est souvent retrouvée mais variable selon les services.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Les audits réalisés annuellement pour le suivi du CBUM ont montré un taux de traçabilité de 82 % en 2011 puis de 93 % en 2012. Les experts-visiteurs ont effectivement constaté qu'en MCO les administrations sont tracées en temps réel par le personnel habilité (infirmier).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Un audit sur la prescription et l'administration du médicament a été conduit dans les différents secteurs en décembre 2009. Depuis, un audit partiel du circuit du médicament est réalisé annuellement pour le suivi du CBUM. En sus, des audits ciblés à l'occasion de la mise en place d'une nouvelle procédure ou de démarches d'EPP sont réalisés ; récemment, quelques services ont auto-évalué leurs pratiques à l'aide d'un outil éprouvé (ANAP), et l'établissement envisage d'étendre cette auto-évaluation en accompagnement du déploiement des nouveaux outils informatiques de production de soins (prescription et plan de soins). Il n'existe pas d'audit régulier des armoires à pharmacie.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Plusieurs actions visant au bon usage des médicaments, concernant notamment les prescriptions et l'administration, sont mises en oeuvre à l'initiative du COMEDIMS et de la direction des soins ou des équipes polaires, en particulier suite aux démarches d'EPP et aux audits. Ces actions sont suivies et évaluées et leurs résultats diffusés aux

En grande partie	professionnels concernés. Le COMEDIMS a connaissance de la majorité de ces actions et de leurs résultats mais n'est pas en état d'en faire la synthèse exhaustive.
------------------	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les règles de prescription sont définies dans le guide institutionnel "Bonnes pratiques du circuit du médicament". Les règles spécifiques à l'emploi des outils informatiques sont formalisées. Les prescriptions utilisant un outil informatique (partie prescription de la base de données médicales partagées CDP2) produisent des documents uniques et validés permettant de tracer l'administration en regard de la prescription de chaque médicament.

Les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang et les médicaments à statut particulier (ATU nominative et de cohorte, médicaments onéreux hors GHS remboursés en sus de la T2A, nutrition parentérale, préparations magistrales, certains anti-infectieux et médicaments spécifiques à prescription restreinte) sont l'objet d'un double dispositif de prescription : la prescription sur le support unique est obligatoirement doublée par une ordonnance nominative dédiée dont le format est défini. Cette ordonnance est le support d'une dispensation nominative.

<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le guide "Bonnes pratiques du circuit du médicament" définit les règles relatives à la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus. L'établissement est organisé pour que les professionnels recueillent auprès du patient le traitement dont il disposait avant son hospitalisation et que celui-ci soit repris dans la prescription hospitalière, s'il y a lieu. La gestion des médicaments détenus par le patient lors de son admission est organisée. L'ordonnance de sortie est produite et enregistrée sur la base de données médicales partagées CDP2.</p>
<p>Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Il existe des procédures spécifiques de la pharmacie visant à assurer la sécurisation de la dispensation des médicaments, en particulier pour les anticancéreux, les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang et les médicaments à statut particulier (ATU nominative et de cohorte, médicaments onéreux hors GHS remboursés en sus de la T2A, nutrition parentérale, préparations magistrales, certains anti-infectieux et médicaments spécifiques à prescription restreinte). Le guide "Bonnes pratiques du circuit du médicament" en vigueur à compter du 10 octobre 2012 ne comporte pas de chapitre spécifique dédié à la dispensation.</p> <p>L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient n'est pas organisée en SSR. L'analyse pharmaceutique est organisée pour certains médicaments, tels les anticancéreux et les médicaments à statut particulier, mais limitée au médicament concerné.</p> <p>La préparation des médicaments non prêts à l'emploi est organisée et réalisée dans le secteur de pharmacotechnie qui est certifié ISO 9001.</p> <p>La délivrance des médicaments est organisée de façon nominative pour les anticancéreux, les médicaments dérivés du sang et les médicaments à statut particulier. En dehors de ces cas, l'organisation est fondée sur une dotation globale pour chaque unité.</p> <p>La nécessité de maintenir l'identification du médicament jusqu'à son administration, les modalités d'acheminement</p>

	Partiellement	des médicaments et de commande en urgence et les responsabilités en matière d'information et de conseils aux patients sont précisées dans le guide "Bonnes pratiques du circuit du médicament". La gestion des stocks de la PUI est optimisée grâce notamment à la mise en service d'un progiciel de gestion de la pharmacie.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles générales d'administration des médicaments sont définies dans le guide "Bonnes pratiques du circuit du médicament" ; des procédures complémentaires existent pour certaines situations spécifiques (ex. : recommandations pour l'administration non conventionnelle des médicaments sous forme orale sèche, guide d'utilisation des médicaments cardio-vasculaires injectables). Une double vérification indépendante de la préparation des doses de médicaments anticancéreux à administrer est conseillée. Ces documents sont validés, actualisés, diffusés et accessibles à tous les professionnels concernés. Le matériel d'administration des médicaments à risques est standardisé. Pour les médicaments à risques dont la préparation est assurée par la pharmacotechnie, la gestion et le rangement sont assurés par un personnel dédié et formé ; le personnel infirmier des unités dans lesquelles sont administrés ces médicaments est également identifié et formé en conséquence. La gestion et le rangement des autres médicaments dans les unités de soins sont assurés par le personnel infirmier sous la supervision de leurs cadres.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
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 » et de sa valeur de 100 % pour la campagne de recueil 2011.

<p>Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient n'est pas en place. L'analyse pharmaceutique est effective pour certains médicaments, tels les anticancéreux et les médicaments à statut particulier, mais limitée au médicament concerné.</p> <p>La délivrance des médicaments est nominative pour les anticancéreux, les médicaments dérivés du sang et les médicaments à statut particulier (ATU nominative et de cohorte, médicaments onéreux hors GHS remboursés en sus de la T2A, nutrition parentérale, préparations magistrales, certains anti-infectieux et médicaments spécifiques à prescription restreinte).</p> <p>En dehors de ces cas, l'organisation est fondée sur une dotation globale pour chaque unité.</p> <p>L'établissement a prévu d'étendre le taux de réalisation de l'analyse pharmaceutique et de la délivrance nominative au fur et à mesure du déploiement du nouvel outil informatique de prescription, en fonction des ressources humaines en pharmaciens qu'il pourra engager.</p>
<p>Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).</p>	<p>NA</p>	<p>La préparation des médicaments non prêts à l'emploi est assurée dans le secteur de pharmacotechnie sous la responsabilité directe des pharmaciens. Cette unité est certifiée ISO 9001. Il n'y a pas de préparation dans ce secteur.</p>
<p>Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les équipes soignantes ont identifié les situations qui nécessitent une information particulière du patient, au regard du type de patient, de la nature du médicament et en particulier de son rapport bénéfice-risque, lors de sa prescription, de son administration pendant l'hospitalisation et éventuellement lors de sa sortie. Cette information est donnée par les médecins et/ou les soignants, sans intervention du pharmacien. Cette information est parfois structurée avec des supports, sa traçabilité dans le dossier du patient est le plus souvent retrouvée mais variable selon les services.</p>

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Les audits réalisés annuellement pour le suivi du CBUM ont montré un taux de traçabilité de 82 % en 2011 puis de 93 % en 2012. Les experts-visiteurs ont effectivement constaté qu'en SSR les administrations sont tracées en temps réel par le personnel habilité (infirmier) sur les supports uniques utilisés dans toutes les unités.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Un audit sur la prescription et l'administration du médicament a été conduit dans les différents secteurs en décembre 2009. Depuis, un audit partiel du circuit du médicament est réalisé annuellement pour le suivi du CBUM. En sus, des audits ciblés à l'occasion de la mise en place d'une nouvelle procédure ou de démarches d'EPP sont réalisés. Il n'existe pas d'audit régulier des armoires à pharmacie.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Plusieurs actions visant au bon usage des médicaments, concernant notamment les prescriptions et l'administration, sont mises en oeuvre à l'initiative du COMEDIMS et de la direction des soins ou des équipes polaires, en particulier suite aux démarches d'EPP et aux audits. Ces actions sont suivies et évaluées et leurs résultats diffusés aux professionnels concernés. Le COMEDIMS a connaissance de la majorité de ces actions et de leurs résultats mais n'est pas en état d'en faire la synthèse exhaustive.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Soins de longue durée
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 définies dans le guide institutionnel "Bonnes pratiques du circuit du médicament". Les règles spécifiques à l'emploi des outils informatiques sont formalisées. Les prescriptions utilisant un outil informatique (partie prescription de la base de données médicales partagées CDP2, logiciel de prescription générale en cours de déploiement dans le cadre du projet d'informatisation du dossier patient) produisent des documents uniques permettant de tracer l'administration en regard de la prescription de chaque médicament. Les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang et certains médicaments à statut particulier comme les préparations magistrales et certains anti-infectieux sont l'objet d'un double dispositif de prescription : la prescription sur le support unique est obligatoirement doublée par une ordonnance nominative dédiée dont le format est défini. Cette ordonnance est le support d'une dispensation nominative.

<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le guide "Bonnes pratiques du circuit du médicament" définit les règles relatives à la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus. L'établissement est organisé pour que les professionnels recueillent auprès du patient le traitement dont il disposait avant son hospitalisation et que celui-ci soit repris dans la prescription hospitalière, s'il y a lieu. Sur ce thème, une étude pilote de conciliation médicamenteuse est en cours dans un service de SLD. La gestion des médicaments détenus par le patient lors de son admission est organisée. Les supports informatique et papier permettent un suivi au long cours du traitement médicamenteux. L'ordonnance de sortie est produite et enregistrée sur la base de données partagée CDP2.</p>
<p>Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Il existe des procédures spécifiques de la pharmacie visant à assurer la sécurisation de la dispensation des médicaments, en particulier pour les anticancéreux, les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang et les médicaments à statut particulier (ATU nominative et de cohorte, médicaments onéreux hors GHS remboursés en sus de la T2A, nutrition parentérale, préparations magistrales, certains anti-infectieux et médicaments spécifiques à prescription restreinte). Le guide "Bonnes pratiques du circuit du médicament" en vigueur à compter du 10 octobre 2012 ne comporte pas de chapitre spécifique dédié à la dispensation.</p> <p>L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient est organisée dans l'unité pilote pour le déploiement de l'outil informatique de prescription des médicaments. L'analyse pharmaceutique est organisée pour certains médicaments, tels les anticancéreux et les médicaments à statut particulier, mais limitée au médicament concerné.</p> <p>La préparation des médicaments non prêts à l'emploi est organisée et réalisée dans le secteur de pharmacotechnie qui est certifié ISO 9001.</p> <p>La délivrance des médicaments est organisée de façon nominative pour les anticancéreux, les médicaments dérivés du sang et les médicaments à statut particulier. En dehors</p>

	En grande partie	<p>de ces cas, l'organisation est fondée sur une dotation globale pour chaque unité.</p> <p>La nécessité de maintenir l'identification du médicament jusqu'à son administration, les modalités d'acheminement des médicaments et de commande en urgence et les responsabilités en matière d'information et de conseils aux patients sont précisées dans le guide "Bonnes pratiques du circuit du médicament".</p> <p>La gestion des stocks de la PUI est optimisée grâce notamment à la mise en service d'un progiciel de gestion de la pharmacie.</p>
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	<p>Les règles générales d'administration des médicaments sont définies dans le guide "Bonnes pratiques du circuit du médicament" ; des procédures complémentaires existent pour certaines situations spécifiques (ex. : recommandations pour l'administration non conventionnelle des médicaments sous forme orale sèche, guide d'utilisation des médicaments cardio-vasculaires injectables). Une double vérification indépendante de la préparation des doses de médicaments anticancéreux à administrer est conseillée. Ces documents sont validés, actualisés, diffusés et accessibles à tous les professionnels concernés.</p> <p>Le matériel d'administration des médicaments à risques est standardisé.</p> <p>Pour les médicaments à risques dont la préparation est assurée par la pharmacotechnie, la gestion et le rangement sont assurés par un personnel dédié et formé ; le personnel infirmier des unités dans lesquelles sont administrés ces médicaments est également identifié et formé en conséquence. La gestion et le rangement des autres médicaments dans les unités de soins sont assurés par le personnel infirmier sous la supervision de leurs cadres.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	La totalité des prescriptions établies pendant l'hospitalisation est réalisée avec un outil informatique soit celui intégré dans la base de données médicales partagées CDP2, soit celui installé sur le site pilote SLD pour le déploiement du nouveau logiciel de prescription. La conformité à la réglementation et aux règles de prescription des injectables est effective.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Partiellement	<p>L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient n'est effective que dans l'unité pilote pour le déploiement de l'outil informatique de prescription des médicaments. L'analyse pharmaceutique est effective pour certains médicaments, tels les anticancéreux et les médicaments à statut particulier, mais limitée au médicament concerné.</p> <p>La délivrance des médicaments est nominative pour les anticancéreux, les médicaments dérivés du sang et les médicaments à statut particulier (ATU nominative et de cohorte, médicaments onéreux hors GHS remboursés en sus de la T2A, nutrition parentérale, préparations magistrales, certains anti-infectieux et médicaments spécifiques à prescription restreinte) et pour les médicaments prescrits dans l'unité pilote pour le déploiement du nouvel outil informatique de prescription. En dehors de ces cas, l'organisation est fondée sur une dotation globale pour chaque unité.</p> <p>L'établissement a prévu d'étendre le taux de réalisation de l'analyse pharmaceutique et de la délivrance nominative au fur et à mesure du déploiement du nouvel outil informatique de prescription, en fonction des ressources humaines en pharmaciens qu'il pourra engager.</p>
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	La préparation des médicaments non prêts à l'emploi est assurée dans le secteur de pharmacotechnie sous la responsabilité directe des pharmaciens. Cette unité est certifiée ISO 9001. Il n'y a pas de préparation dans ce secteur.

Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les équipes soignantes ont identifié les situations qui nécessitent une information particulière du patient ou de la personne de confiance, au regard du type de patient, de la nature du médicament et en particulier de son rapport bénéfice-risque, lors de sa prescription, de son administration pendant l'hospitalisation et éventuellement lors de sa sortie. Cette information est donnée par les médecins et/ou les soignants, sans intervention du pharmacien. Cette information est tracée le cas échéant dans le dossier du patient.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Les audits réalisés annuellement pour le suivi du CBUM ont montré un taux de traçabilité de 82 % en 2011 puis de 93 % en 2012. Les experts-visiteurs ont effectivement constaté qu'en SLD les administrations sont tracées en temps réel par le personnel habilité (infirmier) sur les supports uniques utilisés dans toutes les unités.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Un audit sur la prescription et l'administration du médicament a été conduit dans les différents secteurs en décembre 2009. Depuis, un audit partiel du circuit du médicament est réalisé annuellement pour le suivi du CBUM. En sus, des audits ciblés à l'occasion de la mise en place d'une nouvelle procédure ou de démarches d'EPP sont réalisés ; récemment, quelques services ont auto-évalué leurs pratiques à l'aide d'un outil éprouvé (ANAP), et l'établissement envisage d'étendre cette auto-évaluation en accompagnement du déploiement des nouveaux outils informatiques de production de soins (prescription et plan de soins). Il n'existe pas d'audit régulier des armoires à pharmacie.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Plusieurs actions visant au bon usage des médicaments, concernant notamment les prescriptions et l'administration, sont mises en oeuvre à l'initiative du COMEDIMS et de la direction des soins ou des équipes polaires, en particulier suite aux démarches d'EPP et aux audits. Ces actions sont suivies et évaluées et leurs résultats diffusés aux

En grande partie	professionnels concernés. Le COMEDIMS a connaissance de la majorité de ces actions et de leurs résultats mais n'est pas en état d'en faire la synthèse exhaustive.
------------------	--

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

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 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 leurs suivis sont mis en oeuvre.	En grande partie	

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

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

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

Critère 21.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Critère 21.a - Soins de longue durée

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

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

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

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

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le laboratoire de biologie médicale développe une politique institutionnelle de management de la qualité, en tenant compte de l'évolution de la réglementation qui conduit à l'accréditation.	Oui	
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.	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 du laboratoire de biologie médicale.	Oui	

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 disposition des professionnels.

Oui

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

Partiellement

Une démarche d'EPP sur l'évaluation des non-conformités des bons de demandes est en cours (deux tours d'évaluation). Les résultats mettent en évidence un taux de conformité de 65 % pour les examens en coupe, et une évaluation pour les examens conventionnels montre une

	Partiellement	moyenne de 18 % de conformité des demandes.
L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	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 disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

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

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

Critère 22.a - Soins de longue durée Demande d'examen et transmission des résultats

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	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 disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

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

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

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

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

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

En grande partie

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

En grande partie

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

Partiellement

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

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

Partiellement

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

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

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

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

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

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

Critère 23.a - Soins de longue durée Education thérapeutique du patient

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

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

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour
Sortie du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 60 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [49 % - 71 %] pour la campagne de recueil 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation : audits sur la mise en place des comptes-rendus "courts" rédigés pour le jour de la sortie, EPP sur la sortie du patient avec mise en place d'une action de formation "La sortie est un soin".
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 24: La sortie du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 57 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [47 % - 68 %] pour la campagne de recueil 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation : audits sur la mise en place des comptes-rendus "courts" rédigés pour le jour de la sortie, EPP sur la sortie du patient avec mise en place d'une action de formation "La sortie est un soin".
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 24: La sortie du patient

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée, et connue des acteurs du territoire de santé.</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe des coopérations et des partenariats entre les quatre sites d'urgences et leurs interlocuteurs d'amont et d'aval. Celles-ci permettent de définir les modalités d'admission à partir des urgences. Les deux sites d'urgences adultes constituent un seul et même service. La communication sur l'organisation du réseau auprès des acteurs du territoire de santé est formalisée. Une Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS) valide les organisations et notamment joue un rôle dans la prise de décisions concernant les effectifs aux urgences et les fermetures de lits. Un plan "Hôpital sous tension" est défini et activé dès que le seuil en lits d'aval est atteint et permet d'impliquer tous les secteurs. La prise en charge directe dans certaines filières de soins (cardiologie, neurologie, pédiatrie, maternité) par le SMUR est organisée de façon coordonnée avec l'ensemble des partenaires de la région pour des prises en charge interventionnelles urgentes. Des entrées directes pour hospitalisation conventionnelle sont aussi possibles dans un certain nombre de disciplines (endocrinologie, médecine interne...) afin de</p>

	Oui	diminuer le passage par les urgences. L'établissement ne dispose pas de secteur de psychiatrie. La coopération existant depuis 2002 entre le CHU et le CHS voisin s'est concrétisée le 22/10/2012 par la signature d'une convention de coopération dans la perspective de création d'un GCS. La prise en charge des populations vulnérables est organisée de façon coordonnée avec les assistantes sociales.
Le recours aux avis spécialisés, permettant de répondre aux besoins des patients, est organisé et formalisé.	En grande partie	L'établissement a mis en place des conventions ou des procédures d'organisation du recours aux spécialistes (téléphone portable pour avis spécialisé interne/externe) entre le service des urgences et les services de spécialités. Une évaluation de ce système a été réalisée. Ce recours est organisé et formalisé dans des contrats avec les pôles. Le système d'information permet la communication entre professionnels et leur coordination, les moyens de constitution de dossier patient ne sont pas identiques sur l'ensemble des sites (base de données partagées des informations médicales, logiciels de géolocalisation, dossiers papier). Des équipes mobiles peuvent être sollicitées (gériatrie, soins palliatifs, équipe de liaison en pédopsychiatrie), le recours aux avis de ces équipes ne résout pas le problème de la disponibilité immédiate des lits dans certaines disciplines comme signalé par les professionnels, pas plus que la création du poste de l'IDE "Bed manager". Des mesures des délais d'attente sont réalisées.
Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés, selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).	En grande partie	Des procédures d'accueil et d'organisation des services d'urgence sont disponibles et formalisent les circuits. Les filières de prise en charge en urgence pour un certain nombre de pathologies en cardiologie, neurologie, endoscopies, pédiatrie, obstétrique (pour cette spécialité, un numéro d'appel unique) sont organisées. L'accueil des urgences vitales, d'urgences de spécialités ou d'urgences différées est défini. Une procédure de tri formalisée à l'arrivée aux urgences a été mise en place selon la grille

	En grande partie	française CIMU (Classification Infirmière des Urgences Médicales). Cette grille prévoit des temps optimaux de prise en charge par le médecin et/ou l'infirmière pour chaque niveau de tri. Un circuit patients allongés est identifié. Il existe une convention avec l'établissement de référence en psychiatrie, avec une permanence médicale, mais l'IDE de liaison pour la psychiatrie adulte ne conduit pas d'entretien d'évaluation. Les conditions d'attente pour une consultation de psychiatrie sont jugées difficiles par le personnel des urgences, en raison de la configuration des locaux, de l'activité et de la disponibilité attendue par ces patients. Il n'existe pas de service d'urgence de pédopsychiatrie, mais une astreinte de pédopsychiatrie est assurée tous les après-midi et le samedi matin.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	Partiellement	Sur le site principal des urgences adultes, la disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée sur la base des renseignements saisis ou transmis par les services ou une IDE référente. Pour les professionnels rencontrés, il apparaît que la disponibilité des lits n'est pas saisie en temps réel sur le logiciel spécifique. Un recensement des lits disponibles est effectué par une IDE référente en fin de matinée, dans l'après-midi et en début de nuit. Sur l'autre site des urgences adultes, un cadre IDE dédié connaît en temps réel la disponibilité des lits, un travail est en cours sur les horaires de sortie des patients en fin d'hospitalisation, pour avancer en journée l'accueil des patients en attente d'une place aux urgences. Les urgences pédiatriques et gynéco-obstétricales sont prises en charge directement dans les services.
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	Oui	Des formations sont délivrées afin de répondre aux besoins identifiés par chaque secteur. Les médecins urgentistes sont formés, tous les secteurs sont seniorisés. Les IDE du site principal sont majoritairement formées à la fonction d'IOA, et de nouvelles formations sont prévues au plan chaque

	Oui	année. Toutes les IDE du deuxième site d'urgences adultes sont formées. Les IDE du service d'accueil des urgences pédiatriques n'ont pas eu de formation spécifique, celle-ci est programmée. L'accueil aux urgences de gynécologie-obstétrique est assuré par une IDE, depuis mars dernier, une garde d'interne la nuit renforce le dispositif.
L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).	Oui	Trois types d'accueil direct spécialisé, sans passage par les structures d'urgence, sont mentionnés dans le SROS : - les "accueils directs spécialisés" correspondant à une spécialité sans orientation préalable : pédiatrie, gynécologie-obstétrique, urgences ophtalmologiques ; - les "accueils directs hautement spécialisés" qui relèvent de la permanence des soins territoriale : cardiologie interventionnelle (cathétérismes), SOS Mains, unité neuro-vasculaire, centre d'accueil de référence des polytraumatisés ; - les "accueils hautement spécialisés" qui relèvent de la permanence des soins régionale dans une spécialité définie : chirurgie cardiaque, neurochirurgie. Les services concernés ont organisé leur circuit de prise en charge. Depuis 2008, des numéros de téléphone portable (communiqués par le Conseil de l'Ordre) permettent aux médecins généralistes de joindre un référent dans chaque spécialité pour des consultations ou des admissions directes. Le service de pédiatrie a mis en place l'astreinte téléphonique d'une IDE de liaison du secteur de pédopsychiatrie. Une maison médicale est ouverte au sein du service des urgences de 19h00 à 00h00 du lundi au vendredi, de 14h00 à 00h00 le samedi, et de 8h00 à 00h00 le dimanche sur le site principal assurant des consultations médicales et sur l'autre site, la maison médicale qui ne dépend pas du CHU est ouverte à partir de 20h00, l'avance de frais peut cependant en réduire l'accès. Des consultations post-urgence sont possibles dans quelques disciplines sur le site principal, des consultations sont organisées au sein d'une

	Oui	polyclinique sur l'autre site.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des temps d'attente et de passage, selon le degré d'urgence, est en place.	En grande partie	Deux logiciels spécifiques aux urgences dont un permettant la géolocalisation des patients sont déployés sur trois des quatre sites. Dans le secteur de gynéco-obstétrique, le logiciel utilisé par les sages-femmes assure la traçabilité des horaires de prise en charge, l'enregistrement des urgences gynécologiques est assuré sur un registre d'entrée au moment de l'accueil. Les temps d'attente et de passage sont des indicateurs des tableaux de bord de gestion, sur le site ayant bénéficié le premier de l'installation du logiciel en cours de déploiement. Une plate-forme téléphonique permet aussi, selon une procédure, de renseigner les proches des patients sur les conditions d'attente et de passage. L'assistante d'accueil des familles, dont le poste a été créé depuis deux ans, a aussi pour mission d'informer les familles sur les délais d'attente.
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	Oui	L'établissement a formalisé un circuit de recueil et d'analyse des dysfonctionnements liés à la prise en charge des urgences et des soins non programmés. Toutes les plaintes et réclamations sont traitées par le service en lien avec la Direction du Droit des Patients et des Relations avec les Usagers. Les personnels sont formés ou informés sur les enjeux liés au signalement.
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre à la suite d'analyse d'événements indésirables, d'audits, d'enquêtes de satisfaction, de RMM. Ces actions sont coordonnées et structurées. Il existe des indicateurs de suivi (nombre de plaintes, PEC urgence orthopédique...). Des représentants du service des urgences adultes siègent à la CRUQPC.

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	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement a fait le choix de mettre en place une démarche globalisée d'identification et de hiérarchisation a priori des risques associés aux soins, portée par la coordination des risques associés aux soins. La méthodologie a été validée en février 2012 avec des référents qualité au niveau des différents pôles. Le Centre de Coordination des Blocs Opératoires (CCBO) assure la validation de la démarche.</p> <p>Il a été constaté des démarches plus abouties dans certains secteurs d'activité comme en orthopédie, en chirurgie et endoscopie digestives, en SSPI avec des actions correctives déjà en place.</p> <p>A ce jour, cette identification récente n'a pas permis de finaliser l'analyse et la hiérarchisation des actions à mettre en place au décours de cette analyse dans l'ensemble des blocs opératoires.</p>
<p>Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Une démarche qualité est engagée. Les protocoles hygiène sont formalisés et accessibles. La gestion des locaux et des équipements est organisée. Les travaux sont planifiés, en coordination avec les services techniques et biomédicaux,</p>

<p>équipements).</p>	<p>Partiellement</p>	<p>avec prise en compte du risque aspergillaire. Ces services sont certifiés ISO 9001 depuis plusieurs années. Le service de stérilisation centrale est aussi certifié ISO 9001.</p> <p>Il existe des protocoles pour quelques prises en charge, accessibles dans la gestion documentaire institutionnelle ; cependant, la formalisation des parcours patients n'est pas finalisée pour tous les circuits, et tous les protocoles ne sont pas actualisés.</p> <p>Cette gestion de la rédaction des différents circuits et protocoles est un objectif du CCBO.</p>
<p>La charte de fonctionnement définie et validée par un conseil de bloc précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Depuis 2009, l'établissement a mis en place un conseil de coordination des blocs opératoires avec pour mission l'organisation d'un pilotage centralisé du secteur interventionnel en s'appuyant notamment sur une charte commune datant de 2009, avec une déclinaison par bloc opératoire de spécialité. Cette charte est remise aux différents professionnels. Elle est en cours de réévaluation, le développement de nouveaux secteurs d'activité opératoires comme le plateau de chirurgie ambulatoire ou certaines réorganisations récentes n'étant pas pris en compte par cette charte dans sa version actuelle.</p> <p>Des chartes de bloc de spécialités sont en place dans tous les blocs, elles sont organisées selon les mêmes thèmes et définissent les missions des personnels, les modalités de la programmation, l'utilisation du logiciel de programmation.</p> <p>L'établissement a fait le choix de protéger l'activité chirurgicale programmée en mettant en place une prise en charge de la chirurgie en urgence dans un bloc dédié sauf pour les spécialités à contraintes techniques particulières, lesquelles assurent leur activité non programmée dans leur bloc. Ces urgences sont déclinées en urgences absolues et urgences différées.</p> <p>L'hébergement des patients non programmés en attente d'intervention est encore réalisé dans le secteur d'orthopédie non programmée dans des chambres à trois lits avec un sanitaire commun à deux chambres.</p> <p>Tous les circuits de prise en charge ne sont pas décrits dans</p>

	En grande partie	tous les secteurs d'activité (le caractère récent de la mise en place du plateau de chirurgie ambulatoire), et certaines chartes ne prennent pas en compte toutes les modifications organisationnelles mises en place. Leur actualisation est en cours.
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.	Oui	<p>Il existe plusieurs modalités d'échange d'informations entre le bloc opératoire et les différents secteurs d'activité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les médecins anesthésistes, véritables partenaires, sont associés à la programmation opératoire hebdomadaire et à sa réadaptation quotidienne. - la check-list sécurité du patient au bloc opératoire est en place et utilisée dans tous les secteurs opératoires ; - les cadres sont associés à la programmation chirurgicale au cours des staffs de chirurgie des services de leur bloc ; - des fiches de programmation d'intervention sont en place, adaptées aux différents secteurs chirurgicaux, prenant aussi en compte les spécificités de la prise en charge en urgence ; - un logiciel de programmation opératoire est utilisé par l'ensemble des secteurs, il permet d'organiser la planification hebdomadaire des blocs. Chaque matin, pour les blocs réalisant des actes non programmés, la programmation est adaptée pour intégrer ces urgences dans le programme opératoire ; - un outil informatique permet de faire le lien entre le bloc et la stérilisation ; - les prescriptions postopératoires chirurgicales et anesthésiques sont réalisées sur des supports adaptés ; - un recueil d'indicateurs informatisé aide au pilotage du bloc opératoire par le CCBO. <p>L'établissement recueille l'indicateur "Dossier d'anesthésie". Sa valeur est de 82 avec un intervalle de confiance à 95 % = [79-86] pour la campagne 2011.</p>

Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Le système d'information du bloc opératoire associe plusieurs logiciels (de programmation, de communication avec la stérilisation, de suivi d'indicateurs, le dossier patient institutionnel...) en communication avec les autres outils d'information du centre hospitalier.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable régule les activités du bloc opératoire, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	La régulation des activités du bloc opératoire est assurée par un cadre de bloc dont les missions sont définies dans les différentes chartes des blocs opératoires. Il est associé à la programmation hebdomadaire des services chirurgicaux, en collaboration avec l'encadrement IADE et les médecins anesthésistes, et participe à l'adaptation des programmes opératoires quotidiens avec l'intégration des patients non programmés si nécessaire.
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en oeuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	En grande partie	La check-list du patient au bloc opératoire est en place dans tous les blocs opératoires, elle a aussi été étendue à l'ensemble des secteurs d'endoscopie. Elle est à disposition de tous les utilisateurs. Elle a déjà donné lieu à deux évaluations à la fois quantitative sur l'exhaustivité du remplissage et qualitative par un audit de pratiques concomitant. Des plans d'actions pour améliorer son utilisation ont été mis en oeuvre à la suite de la première évaluation. Nous avons pu constater en visite, comme le montrent aussi les résultats de l'évaluation réalisée en 2012, des niveaux différents d'appropriation de la manière de la mettre en oeuvre, selon les équipes.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	Oui	La traçabilité des DMI est assurée. Elle est réalisée de manière différente, sur un support papier ou informatisé. Les DMI prothétiques sont tracés informatiquement.

<p>Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Il existe de nombreux documents de procédures de référence validés et mis à disposition des utilisateurs du bloc opératoire portant sur les pratiques à risques, hygiène et prévention du risque infectieux, protocoles d'anesthésie, de gestion de la douleur, de prévention de complications postopératoires.</p> <p>Les pratiques professionnelles sont évaluées au niveau des différents secteurs.</p> <p>Toutes les procédures ne sont pas actualisées de manière systématique. Un des objectifs de l'amélioration de l'outil informatique est de rendre systématique l'évaluation de toute la gestion documentaire.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est organisé, il a été mis en place à la suite d'audits MEAH dans un premier temps et ANAP dans un deuxième temps dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la performance. Leur suivi et leur analyse sont assurés par le CCBO et ont donné lieu à des améliorations de la gestion du bloc opératoire, avec notamment des optimisations de la répartition des vacations opératoires plus adaptées à l'activité réelle des différents secteurs et une amélioration de la programmation opératoire.</p> <p>Le suivi des événements indésirables liés à la stérilisation est opérationnel et a donné lieu à des actions correctrices le cas échéant.</p> <p>Le suivi des ISO est systématisé de manière globale, avec des indicateurs spécifiques.</p> <p>Le suivi des EI s'inscrit dans le cadre de la coordination des risques associés aux soins, balayant à la fois le champ des vigilances et des EIAS. Un document d'information sur l'annonce au patient d'un dommage associé aux soins a été mis à disposition de l'ensemble des professionnels de santé.</p> <p>Le suivi des déclarations et l'analyse de ces EI sont assurés par la coordination des risques associés aux soins, et le report de cette analyse est communiqué au CCBO.</p> <p>Des RMM sont en place dans tous les secteurs</p>

Oui	interventionnels, chirurgicaux ou endoscopiques, et au SAU. Certaines d'entre elles sont en place depuis 10 ans, le suivi des actions d'amélioration est organisé et des études d'impact ont pu être réalisées. Le caractère récent de la réorganisation de la déclaration des EI n'a pas encore permis une analyse systémique.
-----	---

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

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



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	
L'échange d'information, nécessaire 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, 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'information, nécessaire 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, le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

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



Cotation		B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	Partiellement	L'établissement a engagé une démarche qualité début 2012 dans tous les secteurs pratiquant des endoscopies en vue d'une homogénéisation des pratiques. Les fiches de poste des personnels sont en cours de réactualisation sur la base du RNFPH. L'identification des risques liés à l'utilisation des produits de désinfection a fait l'objet en cours de visite d'une proposition de travaux en vue d'actions correctives. Une cartographie des risques, élaborée par pôle, sera complétée d'un travail de chaque équipe sur les risques spécifiques à sa spécialité. L'utilisation de la check-list a été étendue à tous les secteurs en cours de visite. Les supports de communication, divers dans leur forme et contenu, utiles à la prise en charge du patient sont en place.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	En grande partie	Les responsabilités sont définies dans les différents secteurs, l'organisation des urgences est assurée. Des audits de conformité aux bonnes pratiques de traitement des endoscopes ont été conduits régulièrement depuis 2004. Les moyens de traçabilité sont à disposition en mode manuel ou automatique. Le système documentaire est en cours de révision. La maintenance préventive et curative des

	En grande partie	matériels est organisée. La traçabilité des endoprothèses est assurée, l'information est communiquée au patient. Il existe une procédure d'information du patient en cas de dommage lié aux soins.
L'échange d'information, nécessaire à la prise en charge du patient, est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	En grande partie	La coordination et les transmissions sont établies avec les secteurs de soins par le biais du dossier du patient et les supports de demande d'examen. Les documents d'information, remis au patient, peuvent être spécifiques à un secteur ou à une prise en charge (ambulatoire) et non à l'endoscopie. Tous les secteurs disposent de supports de traçabilité de leur activité sous forme de registres. Les contrôles et la maintenance sont organisés.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Le système d'information des secteurs d'endoscopies est intégré au système d'information hospitalier pour la gestion des rendez-vous, les comptes-rendus d'intervention et la cotation des actes.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	Les médecins, les cadres et cadres supérieurs de santé responsables de la régulation des activités sont identifiés. Les cadres de santé élaborent les plannings des personnels compte tenu de la programmation et disposent d'outils de suivi. Un médecin et une IDE de chaque secteur sont correspondants en hygiène.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	En grande partie	La démarche qualité a permis d'identifier les procédures disponibles et celles restant à rédiger. L'ensemble des procédures écrites s'appuient sur des référentiels de sociétés savantes. Le site documentaire informatisé donne accès aux procédures récemment révisées et à une vidéo relative à l'entretien manuel des endoscopes.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	La traçabilité des DMI est organisée sur support papier ou informatisé. Tous les dispositifs médicaux implantables prothétiques sont tracés informatiquement. Tous les actes endoscopiques sont tracés dans le dossier patient intégré à

	Oui	la base partagée informatisée. Le système de traçabilité par appareil permettrait le rappel des patients en cas de besoin. La procédure de nettoyage et de désinfection est tracée dans le cahier d'endoscopie soit par un papillon informatique du lave-endoscope soit par une étiquette. Les vérifications de l'efficacité du produit désinfectant sont tracées dans le cahier d'endoscopie.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	En grande partie	Un dispositif de signalement des événements indésirables existe. Il est accessible à partir de la page d'accueil Intranet. Les professionnels ont bénéficié de formation ou d'information concernant le signalement. Plusieurs RMM sont conduites. Des professionnels non médicaux et volontaires ont été formés récemment à l'audit, dans l'objectif de réaliser des audits croisés dans les différents secteurs d'endoscopie.
La réalisation d'audits, le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	En grande partie	Les audits réalisés portent sur la conformité du traitement des endoscopes et sur des éléments repris dans la cartographie générale des risques de l'établissement (identitovigilance, délai de transmission des résultats, etc.). Des actions d'amélioration sont conduites. L'analyse des spécificités liées au secteur, à la discipline ou au mode de prise en charge n'a pas encore été réalisée.

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

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

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

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

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	Oui	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées, dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire » et de sa valeur de 83 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [74 % - 93 %] pour la campagne 2011.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	

L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication, relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats, sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Oui	
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.	Oui	

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.	Oui	
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	Oui	
Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs, lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

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

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

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

Éléments de lecture du tableau

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

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

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

Remarque :

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

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

Etablissement : C H U ROUEN (760780239)

Résultats des indicateurs de qualité Dossier du Patient - Champ MCO

Référence Nationale

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

Etablissement : C H U ROUEN (760780239)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier patient (score sur 100)	67 [63 - 71]	●	(-)	→	70 [66 - 74]	●	(-)	NA	72 [68 - 75]	●	(-)	→				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	34 [23 - 44]	●	(-)	→	43 [32 - 53]	●	(-)	→	60 [49 - 71]	●	(-)	→				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	30 [20 - 40]	●	(-)	→	34 [23 - 44]	●	(-)	→	55 [44 - 66]	●	(-)	→				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	83 [74 - 91]	●	(=)	→	93 [88 - 99]	●	(+)	→	96 [91 - 100]	●	(+)	→				

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Concernant la stérilisation, la sécurité alimentaire et la sécurité incendie

Libellé de(s) décision(s) <i>(avec indication des références et critères concernés)</i>	Suivi réalisé par l'établissement Oui / Non / En cours	Commentaire synthétique de l'établissement	Observations ARS
16b (La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée)	Oui	<p>"Formations actualisées, à périodicité définie, de l'ensemble des personnels" :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La publicité a été renforcée auprès du personnel en insistant sur le caractère obligatoire et réglementaire de la formation à la sécurité incendie. - Des affiches liées à la sécurité incendie (avec Louison, la mascotte du développement durable) ont été installées à l'entrée de chaque service. - 3 types de formations sont dispensés : dans les services, en amphithéâtre ouvert à tout public et un apprentissage de la pratique à la manipulation des extincteurs. - D'autres formations en amphithéâtre sont spécifiquement programmées pour les professeurs et médecins, cadres supérieurs de santé et à l'Espace Régional de Formation des Professions de Santé. - Des interventions ponctuelles sont prévues en réunion mensuelle des cadres de santé, au CODIR et au CHSCT pour communiquer des informations si nécessaire. - Une séance d'information sur la sécurité incendie est réservée aux nouveaux arrivants lors de la journée d'accueil (entre 80 et 100 personnes tous les deux mois) avec remise d'un guide pratique du nouvel arrivant, actuellement en refonte pour compléter l'information relative à la sécurité incendie. 	

- les formateurs de la sécurité incendie ont un créneau horaire inclu dans la formation obligatoire AFGSU.

- Une information auprès des cadres de santé est donnée aussi par les agents de sécurité incendie lors de leurs rondes de sensibilisation qui leur font constater les éventuels anomalies (portes coupe-feu ouvertes, circulation gênée etc).

- Et de façon générale, une sensibilisation est faite lors des séances d'information et de formation sur l'importance du "facteur humain", indispensable et complémentaire à la mise en place des moyens techniques réglementaires de prévention.

- Un technicien supérieur hospitalier spécialiste de la formation en sécurité incendie a été embauché en mai 2011, en remplacement de la personne initialement chargée des formations et partie du CHU en décembre 2010.

- Le nombre d'agents formés annuellement est en hausse depuis 2008, à savoir :

- 2008 : 695
- 2009 : 1110
- 2010 : 2629
- 2011 : 3241

à raison de 2 formations par jour sur 4 jours par semaine depuis fin 2009.

Et à partir de 2012, la répartition sera revue, à savoir 1 formation par jour sur 5 jours et 2 le mardi, de façon à moins mobiliser les agents de sécurité incendie formateurs.

Fin 2011, le service sécurité incendie dispose de 16 formateurs.

"Appropriation par les personnels des protocoles d'alerte :

- Un mémento sur support papier a été élaboré et distribué à l'ensemble du personnel.

- Un document schématique va être prochainement affiché dans chaque salle de soins, près des tableaux répéteurs d'exploitation, synthétisant la marche à suivre en cas d'incendie.

"Exercices d'évacuation"

- Un film du CNPP "l'incendie type U, type J" est disponible sur intranet depuis le 02/02/2010