

**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER D'ARLES-JOSEPH IMBERT**

**QUARTIER FOURCHON
BP 80195
13637 Arles
France**

Démarche 6238

Version : RAC : pour contestations ES

**Dates de visite :
du 28/06/2010 au 02/07/2010**

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENTDate de la visite de **du 28/06/2010 au 02/07/2010**

NOM DE L'ETABLISSEMENT	CENTRE HOSPITALIER D'ARLES-JOSEPH IMBERT	
SITUATION GEOGRAPHIQUE	Ville : Arles Département : BOUCHES-DU-RHONE	Région : PACA
STATUT (<i>privé-public</i>)	Public	
TYPE DE L'ETABLISSEMENT (<i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Centre Hospitalier	
NOMBRE DE LITS ET PLACES (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>) => com/atos/awl/pht/has/sara/jasper/rac/RAC_PresentationESActivites.jasper	Court séjour: 202 lits, 13 places Soins de suite et/ou de réadaptation: 44 lits Santé mentale: 33 lits, 72 places	
NOMBRE DE SITES (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>)	L'établissement est composé d'un site géographique principal et de 10 sites distants consacrés à la santé mentale et à des unités de consultations et de soins ambulatoires aux détenus.	
ACTIVITES PRINCIPALES (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Les activités principales sont relatives au court séjour (médecine, obstétrique et chirurgie) et à la santé mentale.	
ACTIVITES SPECIFIQUES (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Les activités spécifiques sont afférentes à l'accueil des urgences, à la réanimation et à des unités de consultations et de soins ambulatoires aux détenus.	
SECTEURS FAISANT L'OBJET D'UNE RECONNAISSANCE EXTERNE DE LA QUALITE	L'établissement ne possède pas de secteurs ayant fait l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité.	
COOPERATION AVEC D'AUTRES ETABLISSEMENTS (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Le centre hospitalier a conclu un ensemble de conventions avec les structures sanitaires et sociales voisines. Les principales coopérations médicales pour la prise en charge des urgences notamment sont formalisées avec le CHU de Nîmes, l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille et le réseau du territoire de santé de rattachement de l'établissement.	

	<p>Des coopérations sont également en place pour la logistique, pour l'imagerie médicale. Enfin, l'établissement adhère à plusieurs réseaux régionaux relatifs aux urgences, à la périnatalité, à la douleur, au traitement du diabète, à l'addictologie et au cancer.</p>
ORIGINE GEOGRAPHIQUE DES PATIENTS <i>(attractivité)</i>	<p>La zone d'attraction des patients correspond au territoire de proximité de la région d'Arles et environs.</p>
TRANSFORMATIONS RECENTES <i>(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</i>	<p>Depuis la dernière démarche de certification, l'établissement a entrepris la rénovation de secteurs d'activités (accueil des urgences, consultations externes, bloc opératoire) et a procédé à l'ouverture ou à l'extension de nouveaux services (hôpital de jour consacré aux chimiothérapies, CATTP, augmentation de la capacité du service de soins de suite). Sur la plan organisationnel, le centre hospitalier a mis en place une nouvelle organisation en pôle d'activité.</p>

PARTIE 1 - DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCRÉDITATION

I - Historique et organisation de la démarche qualité

Historiquement, les principales étapes de structuration de la démarche qualité sont les suivantes :

- 2000 : création d'un emploi d'assistant qualité ;
- 2001-2003 : mise en place d'un comité de pilotage « accréditation » ; formation de référents qualité aux outils et concepts de la démarche ; mise en place d'actions qualité dans les secteurs d'activité ;
- 2004-2006 : révision du champ du comité de pilotage élargi à la « qualité et à l'accréditation », mise en place de groupes d'amélioration de la qualité (GAQ) ; mise en œuvre de la fiche de signalement d'incident.

Depuis la précédente démarche de certification (2007), et dans la continuité des actions précédentes, l'établissement a poursuivi la consolidation de son organisation dans le domaine de la gestion de la qualité et des risques.

Pour le pilotage de la démarche, les instances suivantes sont en place :

- au niveau institutionnel : un comité pilotage qualité et gestion des risques de composition pluridisciplinaire. Ses missions essentielles sont la définition et le suivi des objectifs de la politique qualité et de gestion des risques de l'établissement et le pilotage de la seconde démarche de certification ;
- au niveau opérationnel : l'animation de la démarche relève d'une direction fonctionnelle et s'appuie sur le qualitatifien.

Par ailleurs, une commission, la COVIRISQ, chargée plus particulièrement de la gestion des risques et de la coordination des vigilances a été créée. Cette instance est une sous-commission de la CME.

La politique qualité est une composante du projet d'établissement élaboré pour la période 2007-2012. Les objectifs de cette dernière sont inclus dans le chapitre consacré à la prise en charge des patients. Ils sont déclinés en 12 « fiches-actions » qui définissent plus précisément les étapes de réalisation de ces objectifs et indiquent leur calendrier prévisionnel.

II - Suivi des décisions de la précédente procédure

Niveau de décision	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision	Commentaires	Suivi de la décision	Commentaires

Niveau de décision	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision	Commentaires	Suivi de la décision	Commentaires
Recommandation	Généraliser les prescriptions médicales identifiées et signées et supprimer les transcriptions.	Oui	La généralisation du logiciel dédié à la prise en charge des patients a permis la généralisation de la prescription médicale identifiée et la suppression des retranscriptions.	En cours	L'utilisation du logiciel dédié à la prise en charge des patients a permis la généralisation des prescriptions médicales et la suppression des retranscriptions pour ce qui concerne les médicaments. Cependant, des retranscriptions existent pour les examens de laboratoires et ceux d'imagerie médicale.
Recommandation	Assurer la sécurité du circuit d'élimination des déchets.	Oui	Les responsabilités ont été définies dans le domaine de l'organisation de l'élimination des déchets. Un audit a été conduit et un plan d'actions défini.	Oui	La visite a permis de constater l'organisation des différents circuits mis en place pour assurer l'élimination des déchets.

Niveau de décision	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision	Commentaires	Suivi de la décision	Commentaires
Recommandation	Renforcer l'évaluation de la satisfaction des patients.	En cours	<p>Cette recommandation a fait l'objet d'une fiche-action du projet qualité de l'établissement.</p> <p>Des actions d'évaluation spécifiques ont été conduites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mise en place de l'appel du lendemain en chirurgie ambulatoire ; - mise en place d'une enquête périodique de satisfaction pour les patients pris en charge par le service de soins à domicile ; - mise en place d'enquêtes ciblées relatives à l'hôtellerie et aux repas. <p>Sont projetées la réactualisation du questionnaire de sortie et l'évaluation de la satisfaction des consultants.</p>	En cours	<p>L'établissement a mis en œuvre des actions ciblées pour élargir le recueil de la satisfaction de ses patients.</p> <p>La réactualisation du questionnaire de sortie est en cours, dans l'objectif d'en augmenter le taux de retour qui reste peu significatif.</p>

Niveau de décision	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision	Commentaires	Suivi de la décision	Commentaires
Recommandation	Généraliser les profils de poste et définir et mettre en œuvre une politique d'évaluation des personnels.	En cours	Dans le cadre de la mise en œuvre du projet social, le recensement des métiers a été effectué, et un guide d'élaboration des profils de postes a été rédigé et diffusé. Une formation des cadres à l'entretien d'évaluation est programmée. Un projet institutionnel d'évaluation des compétences est en cours de réflexion.	En cours	Le projet social intègre la définition d'une politique d'évaluation dans ses objectifs. Le recensement des métiers qui a été effectué permet la généralisation de la description des profils de poste. Les entretiens d'évaluation sont réalisés pour le personnel non médical.
Recommandation	Établir et appliquer les règles d'hygiène dans la distribution des repas.	Oui	Un guide des bonnes pratiques d'hygiène est défini et diffusé. Des formations ont été réalisées et ont concernées les personnels chargés de la distribution des repas.	Oui	La démarche HACCP, conduite en cuisine centrale, a été étendue à l'ensemble des étapes de la distribution des repas jusque dans les services.

Niveau de décision	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision	Commentaires	Suivi de la décision	Commentaires
Recommandation	Définir, mettre en œuvre et évaluer une politique qualité et de gestion des risques et des vigilances sanitaires.	En cours	Cette recommandation a fait l'objet de 2 fiches-actions du projet qualité. Depuis 2008, une commission, la COVIRISQ, chargée de la gestion des risques et de la coordination des vigilances a été créée.	En cours	La politique qualité est formalisée au niveau du projet d'établissement. Une organisation et des moyens sont définis pour le suivi et la mise en œuvre de cette politique. L'évaluation de l'organisation n'est pas formellement réalisée. Pour ce qui concerne la coordination des vigilances et la gestion des risques, une commission spécialisée a été créée, la COVIRISQ. Elle s'intègre dans sa composition les correspondants locaux des vigilances à l'exception du CLIN.
Recommandation	Généraliser la traçabilité des observations médicales, de l'analyse bénéfice-risque et de la recherche du consentement du patient	En cours	Cette recommandation est un objectif de la politique qualité de l'établissement. Une évaluation des pratiques professionnelles a été conduite sur ce thème pour ce qui concerne la prise en charge du patient opéré. Le logiciel dédié à la prise en charge du patient a été largement diffusé dans les services.	En cours	La politique qualité intègre dans ses objectifs la généralisation de la traçabilité des éléments de la recommandation. Des actions de sensibilisation ont été conduites pour améliorer cette dernière. Cependant, les différents projets d'évaluation des pratiques professionnelles ont permis de constater l'insuffisance de celles-ci dans les dossiers évalués.

III - Association des usagers à la procédure

L'établissement a associé les représentants des usagers à sa procédure de certification. Ces derniers ont participé au comité de pilotage chargé du suivi de la démarche ainsi qu'aux groupes d'autoévaluation.

Au cours de la visite, ils ont témoigné de façon positive sur leur intégration à la vie de l'établissement.

IV - Interface des tutelles en matière de sécurité

La fiche navette, relative au bilan des contrôles et inspections effectués dans le domaine de la sécurité sanitaire, ne fait pas état de remarque particulière en matière de sécurité sanitaire de la part de la Mission régionale et interdépartementale d'inspection de contrôle et d'évaluation (MRIICE).

PARTIE 2 - CONSTATATION PAR CHAPITRE

CHAPITRE 1 - POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT

REFERENCE 1 : Les orientations stratégiques de l'établissement				
Critère	1a : Les orientations stratégiques prennent en compte les besoins de la population en termes de soins et de prévention.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Documents d'orientations stratégiques ou projet d'établissement, approuvé ou en cours d'approbation par l'ARH, ou contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).	Oui		A	-
Prise en compte, dans les orientations stratégiques, du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) et le cas échéant, des autres schémas et programmes (schéma gérontologique, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire, etc.).	Oui			
Données factuelles complémentaires sur les besoins de la population du territoire de santé ou du bassin d'attraction, témoignant du souci de l'établissement de répondre à des besoins spécifiques.	Oui			

REFERENCE 1 : Les orientations stratégiques de l'établissement				
Critère	1b : Les orientations stratégiques organisent la complémentarité avec les autres établissements du territoire de santé et la participation aux réseaux de santé.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des domaines de partenariat.	Oui		A	-
Formalisation de partenariats (conventions).	Oui			
Participation de l'établissement à un ou des réseaux de santé de son territoire.	Oui			

REFERENCE 1 : Les orientations stratégiques de l'établissement				
Critère	1c : La direction, les instances délibératives et consultatives et les responsables des secteurs d'activité définissent et mettent en oeuvre les orientations stratégiques.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Implication effective de la direction, des instances délibératives et consultatives et des responsables (administratifs, techniques, soignants et médicaux) dans la définition et la mise en oeuvre des différents volets des orientations stratégiques.	En partie	Le projet d'établissement a été validé par les différentes instances consultatives et délibératives de l'hôpital. Les changements intervenus au niveau de la présidence de la CME influent sur la planification de la mise en oeuvre du projet médical et sur les modalités de coopération avec la direction.	B	-
Diffusion de l'information sur les orientations stratégiques et leur mise en oeuvre.	Oui			
Déclinaison des orientations stratégiques sous la forme de projets par secteur d'activité.	En partie	La déclinaison des orientations stratégiques, sous la forme de projets de secteurs d'activité, n'est pas généralisée. Pour ce qui concerne les pôles médicaux, les projets pour une minorité d'entre eux sont formalisés et n'étaient pas validés au moment de la visite de certification.		

REFERENCE 1 : Les orientations stratégiques de l'établissement				
Critère	1d : Les responsables pilotent leurs secteurs d'activité en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Prévision des évolutions des secteurs d'activité.	En partie	Le projet d'établissement prévoit des objectifs pour les différents secteurs d'activité. Pour ce qui concerne les pôles médicaux, ces évolutions ne sont déclinées au niveau de leur projet que pour une minorité d'entre eux. L'évolution du secteur de radiologie est contrariée du fait de l'absence de praticiens hospitaliers titulaires. Le fonctionnement du secteur de chirurgie est à clarifier, compte tenu de l'évolution d'activité d'un établissement voisin qui peut influencer sur des perspectives de développement et de collaboration. L'établissement a identifié la nécessité de relancer une dynamique institutionnelle pour la mise en place des pôles.	C	
Organisation des activités des secteurs, notamment dans le cadre des partenariats définis par l'établissement (organisation des secteurs, outils d'évaluation de la charge de travail, définition des complémentarités, modalités de coordination, de régulation et de délégation, etc.).	En partie	L'organisation des secteurs administratifs et techniques est définie, et celle-ci tient compte notamment des partenariats et coopération mis en place. Pour ce qui concerne les pôles médicaux, leur organisation n'est pas formellement décrite. Pour la radiologie, du fait du manque de praticiens hospitaliers titulaires, l'organisation de la prise en charge du patient n'est pas définie. Par ailleurs, l'établissement a une autorisation depuis le mois de juin 2007 de 8 lits de réanimation associés à une unité de lits de soins continus, or, il a été constaté au moment de la visite que les lits de soins continus		

REFERENCE 1 : Les orientations stratégiques de l'établissement**Critère****1d : Les responsables pilotent leurs secteurs d'activité en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
		n'avaient pas été installés.		
Choix des actions à mettre en oeuvre dans les secteurs (identification du processus décisionnel, organisation de la diffusion des décisions, etc.).	En partie	Les processus décisionnels et la diffusion des décisions est définie pour les secteurs administratifs et techniques. Pour les pôles médicaux, du fait de l'organisation en cours de construction, les projets de ces derniers ne sont pas définis.		
Motivation des personnels des secteurs d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.	En partie	Des actions favorisant la motivation des personnels sont en place dans certains secteurs d'activité (délégation, formation, projets de service ou d'équipe). Pour ce qui concerne les pôles médicaux, des réunions de services se tiennent régulièrement pour une minorité d'entre eux. Les contrats de pôles ne sont pas formalisés.		
Développement de démarches d'évaluation et d'amélioration des activités.	En partie	Des tableaux de bords d'activité sont renseignés. Le centre hospitalier a adhéré à des démarches d'évaluation et a participé à plusieurs audits encadrés par la MEAH, dont les plans d'actions sont en cours de mise en oeuvre.		

REFERENCE 2 : La place du patient et de son entourage**Critère** 2a : Le respect des droits du patient est inscrit dans les priorités de l'établissement.

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Prise en compte des droits du patient dans les orientations stratégiques, les différents documents institutionnels destinés aux patients (livret d'accueil, formulaires d'admission, etc.) ou relatifs au personnel (projet de service, règlement intérieur, contrat de travail, etc.).	Oui		B	-
Organisation visant à la promotion du respect des droits du patient (secteur ou responsable chargé de la clientèle, commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, maison des usagers, affichage de la charte dans les secteurs d'activité, etc.).	Oui			
Communication interne et sensibilisation des professionnels au respect des droits des patients.	Oui			
Actions favorisant l'expression du patient et de son entourage.	En partie	Des actions sont mises en place pour favoriser l'expression du patient et de son entourage : pour la restauration, une enquête de satisfaction a été réalisée. Dans le cadre du fonctionnement de l'hôpital de jour, l'appel téléphonique du lendemain est en place et permet de recueillir les opinions du patient. Cependant, le taux de retour du questionnaire de sortie diffusé avec le livret d'accueil est faible, et ne permet pas une évaluation significative de la satisfaction des patients.		

REFERENCE 2 : La place du patient et de son entourage				
Critère	2b : Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des sujets nécessitant une réflexion éthique.	Oui		C	
Débats ou réunions d'équipe a posteriori sur les situations vécues posant un problème d'éthique.	En partie	Des réunions, encadrées par des professionnels qualifiés, de type « groupes de parole » ou des staffs existent dans un nombre limité de services. Ces réunions d'équipes permettent des débats a posteriori sur des situations vécues soulevant des problèmes d'éthique. Cependant, elles sont limitées et ne sont pas significatives d'une démarche institutionnelle organisée.		
Sensibilisation des personnels aux questions éthiques.	En partie	Des formations sont organisées sur des thèmes relatifs à la prise en charge des patients au cours desquels une sensibilisation aux questions éthiques sont possibles. Un cadre de santé est en cours de formation universitaire dans le domaine de l'éthique. Toutefois, ces actions restent ponctuelles et ne constituent pas une démarche institutionnelle de sensibilisation à l'éthique.		

REFERENCE 2 : La place du patient et de son entourage				
Critère	2c : La participation des représentants des usagers à la politique d'amélioration des services rendus de l'établissement est organisée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Participation effective des usagers aux instances et à la vie de l'établissement.	Oui		B	-
Participation des usagers aux démarches qualité.	Oui			
Prise en compte de l'avis des usagers dans l'amélioration du service rendu par l'établissement.	En partie	L'établissement recueille l'avis des patients hospitalisés et des consultants, notamment au moyen de questionnaires de satisfaction. Cependant, le faible taux de retour du questionnaire de sortie ne constitue pas une base d'informations significatives pour la définition d'actions d'amélioration.		

REFERENCE 3 : La politique des ressources humaines				
Critère	3a : La politique des ressources humaines est formalisée en cohérence avec la mission et la stratégie de l'établissement.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Projet social concerté (ou document équivalent) élaboré en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.	Oui		B	-
Connaissance du projet social par les personnels.	En partie	Le projet social a fait l'objet d'une présentation dans le journal interne de l'établissement et est présenté sur le réseau Intranet, mais ses dispositions n'ont pas fait l'objet d'action de communication particulière à l'attention des professionnels.		
Responsabilités dans la gestion des ressources humaines identifiées, définies et connues des personnels (au niveau de l'établissement et des secteurs d'activité).	Oui			

REFERENCE 3 : La politique des ressources humaines				
Critère	3b : Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique d'anticipation qualitative des besoins en personnel.	En partie	L'établissement a défini et mis en œuvre une politique d'anticipation de ses besoins pour les personnels administratifs, paramédicaux et médico-techniques. Cependant, la visite des services et en particulier celui de la réanimation a permis de constater l'insuffisance de l'effectif des kinésithérapeutes, compte tenu de l'absence de professionnels disponibles. Par ailleurs, la gestion prévisionnelle des emplois n'est pas étendue aux personnels médicaux.	B	-
Politique d'anticipation quantitative des besoins en personnel.	Oui			
Outils et indicateurs de gestion prévisionnelle partagés à court, moyen et long terme.	Oui			

REFERENCE 3 : La politique des ressources humaines**Critère****3c : L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Évaluation à périodicité définie des conditions de travail et risques professionnels.	En partie	L'évaluation des conditions de travail est évaluée dans le cadre du dispositif mis en place pour le suivi du projet social. Cependant, le document unique d'évaluation des risques professionnels n'est pas réévalué annuellement, et l'établissement en a prévu la mise à jour en 2011.	B	-
Plan d'amélioration des conditions de travail.	Oui			
Programme concerté de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels.	Oui			
Programme concerté de prévention et de prise en charge des accidents touchant les professionnels (AES, irradiations, etc.).	Oui			
Mise en oeuvre de la politique vaccinale.	Oui			
Association des instances (CLIN et CHSCT) et réflexion sur les conditions de travail et les risques professionnels lors des opérations de construction et de réhabilitation.	En partie	Des visites de services sont réalisées régulièrement par les membres des instances. Cependant, l'association des instances (CLIN et CHSCT) aux projets de construction et de réhabilitation n'est pas systématique.		

REFERENCE 3 : La politique des ressources humaines				
Critère	3d : La politique des ressources humaines favorise la motivation des personnels.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Actions institutionnelles favorisant l'adhésion et la participation des personnels (programme d'intégration, communication, etc.).	En partie	Des actions institutionnelles, favorisant l'adhésion et la participation des professionnels, sont mises en place notamment dans le cadre du projet social (journal interne, promotion professionnelle, livret d'accueil, journée d'intégration, etc.). Toutefois, ces actions concernent essentiellement le personnel non médical et ne sont pas développées en direction du personnel médical.	B	-
Actions conduites favorisant la motivation des personnels (intéressement, formation, promotion, gestion des carrières, conditions de travail, etc.).	Oui			

REFERENCE 3 : La politique des ressources humaines**Critère** **3e : Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Consultation des instances représentatives des personnels, à périodicité définie, sur les questions relevant de leur compétence, dans le respect de la réglementation.	Oui		A	-
Commissions ou groupes de travail des instances.	Oui			
Autres modalités prévues pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels.	Oui			
Suivi des thématiques abordées dans les instances et/ou avec les partenaires sociaux.	Oui			

REFERENCE 4 : La politique du système d'information et du dossier du patient**Critère****4a : La politique du système d'information est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Prise en compte dans le schéma directeur du système d'information (SI), des orientations stratégiques de l'établissement.	Oui		A	-
Connaissance et prise en compte des besoins des utilisateurs dans les projets du SI.	Oui			
Projets du SI définis, hiérarchisés et structurés en fonction des processus à optimiser et en recherchant l'adhésion des professionnels concernés.	Oui			

REFERENCE 4 : La politique du système d'information et du dossier du patient**Critère** 4b : Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique formalisée du dossier du patient.	En partie	L'établissement n'a pas formalisé une politique du dossier du patient. Il existe un guide d'utilisation du dossier de soins, mais pas du dossier médical. Plusieurs supports différents permettent la gestion de la prise en charge du patient. Aux urgences, un dossier informatisé a été installé dans le cadre d'un réseau régional de coordination des services d'urgences, mais n'est pas interfacé avec les autres logiciels. D'une façon générale, deux types de supports coexistent : un dossier informatisé destiné à la prise en charge paramédicale, mais qui intègre les prescriptions médicales pharmaceutiques, et dans lequel les observations médicales peuvent être consignées, et par ailleurs un dossier médical papier qui recense les comptes-rendus des examens et des consultations. L'articulation et la complémentarité entre les deux supports ne sont pas clairement décrites.	C	
Association des différents professionnels et instances à l'élaboration de la politique du dossier du patient.	Oui			
Politique du dossier du patient favorisant la confidentialité, la fiabilité, l'accessibilité, la sécurité et le stockage des informations ainsi que la coordination des professionnels et des secteurs d'activité.	En partie	Des règles sont définies par les différents groupes de travail pour organiser le dossier « papier » ou gérer le dossier informatisé. Toutefois, il a été constaté que plusieurs situations n'étaient pas clairement définies. Pour ce qui concerne la confidentialité, les salles de soins des étages restent		

REFERENCE 4 : La politique du système d'information et du dossier du patient

Critère	4b : Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.
----------------	---

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
		<p> systématiquement ouvertes sur les circulations, du fait de l'asservissement de leurs portes au système de détection incendie. D'une manière générale, les règles garantissant la fiabilité de l'identité ne sont pas formellement décrites et diffusées. Par ailleurs, les évaluations de pratiques professionnelles ont permis également de constater l'insuffisance de traçabilité de certaines informations.</p>		
Règles de constitution, de tenue, de communication et de conservation du dossier du patient.	En partie	<p> Les règles de gestion du dossier papier ont été formalisées. Toutefois, celles relatives au dossier informatisé n'ont pas été décrites.</p>		

REFERENCE 5 : La politique de communication				
Critère	5a : La direction et les responsables développent une politique de communication interne.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique de communication interne formalisée.	En partie	Le projet d'établissement inclut un objectif de renforcement et de modernisation des outils de communication, mais ne décrit pas une politique de communication interne.	B	-
Détermination des moyens de la politique de communication interne.	Oui			
Identification des responsables chargés de sa mise en oeuvre.	Oui			
Supports de communication témoignant de cette politique.	Oui			

REFERENCE 5 : La politique de communication				
Critère	5b : La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique de communication externe formalisée.	En partie	Le projet d'établissement inclut un objectif de renforcement et de modernisation des outils de communication, mais ne décrit pas une politique de communication externe.	B	-
Détermination des moyens de la politique de communication externe.	Oui			
Identification des responsables chargés de sa mise en oeuvre.	Oui			
Supports de communication témoignant de cette politique.	Oui			

REFERENCE 6 : La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques**Critère****6a : La direction et les instances définissent les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique formalisée d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.	Oui			-
Implication de la direction, des instances et des professionnels de l'établissement dans la définition de cette politique.	En partie	La direction, les instances et les professionnels participent à la définition et à la mise en œuvre de la politique qualité. Toutefois, la CRUQPC n'a pas été associée à la démarche de définition de la politique qualité.	B	
Identification des responsables et définition de leurs missions (désignation, fiches de poste, coordination, etc.).	Oui			

REFERENCE 6 : La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques**Critère****6b : L'établissement définit et met en oeuvre une politique d'évaluation des pratiques professionnelles en cohérence avec la politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Définition par la direction et les instances (en particulier la CME) de la politique d'EPP dans le cadre de la politique qualité et gestion des risques.	En partie	L'établissement a conduit les actions d'évaluation des pratiques professionnelles constituant le cahier des charges de la présente démarche de certification, mais sans que ces dernières relèvent d'une stratégie de développement des démarches d'évaluation pour l'ensemble des secteurs d'activité. Un groupe de travail spécifique a été constitué pour la validation des projets, mais il ne s'est réuni qu'à une seule occasion.	C	
Déclinaison de cette politique d'évaluation, selon les établissements, au niveau des projets de pôles ou de secteurs d'activité.	En partie	Les projets ont été conduits par des équipes pluriprofessionnelles. Toutefois, ces derniers ne relèvent pas formellement de projets de pôles ou de secteurs d'activité.		
Promotion par la direction et les instances, du développement de l'EPP (formation, mise à disposition de moyens, etc.).	Oui			
Suivi régulier par les instances du développement des programmes et des actions d'EPP.	Non	La commission dédiée au suivi et au développement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles ne s'est réunie qu'à une seule occasion.		

REFERENCE 7 : La politique d'optimisation des ressources et des moyens**Critère** | **7a : L'établissement met en oeuvre un dispositif permettant la maîtrise des coûts.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif de contrôle de gestion permettant de connaître les coûts par activité et par pôle ou secteur d'activité.	Oui		B	-
Définition des responsabilités dans ce domaine.	Oui			
Communication des objectifs aux responsables des pôles ou secteurs d'activité.	En partie	L'établissement assure la diffusion d'informations aux responsables des pôles ou des secteurs d'activité. Cependant, en l'absence de projets de pôles formalisés, il n'y a pas pour l'instant de définition d'objectifs particuliers à l'attention de ces derniers.		
Élaboration et diffusion de tableaux de bord par pôle ou secteur d'activité.	Oui			
Analyse des données en fonction des objectifs et réajustement pour la maîtrise des coûts.	Oui			

REFERENCE 7 : La politique d'optimisation des ressources et des moyens				
Critère	7b : La politique d'investissement est optimisée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Plan d'investissement annuel et pluriannuel défini et actualisé en cohérence avec les orientations stratégiques ou projet d'établissement.	Oui		A	-
Suivi et réajustement des réalisations selon les objectifs.	Oui			
Politique d'investissement visant à la mutualisation des équipements.	Oui			

Actions remarquées par les experts-visiteurs concernant le chapitre I		
Intitulé de l'action	Objectif	Résultat
la journée annuelle de prévention	organiser une journée centrée sur des actions de prévention à la santé.	Depuis 2005, le centre hospitalier organise en coopération avec des associations et l'école d'infirmière une journée thématique consacrée à la prévention et à la promotion de la santé. Cette journée permet la tenue d'ateliers thématiques animés par des personnalités régionales ; ces ateliers sont largement ouverts au public.

CHAPITRE 2 - RESSOURCES TRANSVERSALES

A RESSOURCES HUMAINES

REFERENCE 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines				
Critère	8a : Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique de recrutement en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement.	En partie	L'établissement assure le recrutement des personnels en lien avec ses orientations stratégiques. Cependant, pour certaines catégories d'emplois, des postes restent vacants : ainsi a-t-il été constaté un manque de kinésithérapeutes dans le service de réanimation.	B	-
Identification des responsabilités des différents acteurs.	Oui			
Mise en oeuvre de procédures de recrutement.	En partie	L'établissement assure les recrutements conformément aux dispositions réglementaires. Cependant, il a prévu de formaliser une procédure de recrutement qui était en cours de rédaction au moment de la visite.		
Utilisation de fiches et profils de poste.	En partie	Le centre hospitalier utilise des fiches et profils de postes pour le recrutement des personnels non médicaux. La formalisation des profils de postes pour le personnel médical est en cours d'achèvement.		

REFERENCE 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines**Critère** | **8b : L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif d'accueil des personnels (livret d'accueil du personnel, visite de l'établissement, etc.).	En partie	L'hôpital a défini et met en œuvre un dispositif d'accueil des personnels non médicaux, mais ce dernier n'est pas généralisé aux personnels médicaux.	B	-
Dispositif d'intégration des personnels (programme d'intégration commun ou spécifique, tutorat, etc.).	Oui			
Suivi de ces dispositifs et réajustement, si nécessaire.	Oui			

REFERENCE 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines**Critère** | **8c : La formation continue contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des professionnels.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Plan de formation, s'appuyant sur quatre axes : orientations stratégiques de l'établissement, orientations des secteurs d'activité, besoins individuels, formations promotionnelles.	Oui		B	-
Association des acteurs à l'élaboration du plan de formation.	Oui			
Mise en oeuvre maîtrisée : recueil des besoins, critères de priorisation, politique de choix et d'achat de formations, etc.	Oui			
Évaluation des dispositifs pédagogiques et de l'impact en termes de compétence.	En partie	Un dispositif d'évaluation est en place pour les formations des personnels non médicaux, mais il n'est pas étendu aux formations médicales.		

REFERENCE 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines**Critère** 8d : L'évaluation des personnels est mise en oeuvre.

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des qualifications et des compétences requises pour l'exercice professionnel.	Oui		B	-
Dispositif d'évaluation régulière des compétences professionnelles, y compris médicales, dans tous les secteurs.	En partie	Un dispositif d'évaluation régulière des compétences est en place pour les personnels non médicaux. Pour les personnels médicaux, il ne concerne que les personnels intérimaires et n'est pas généralisé à l'ensemble des personnels.		
Connexion avec la notation dans le public ou politique promotionnelle et d'intéressement dans le privé.	Oui			

REFERENCE 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines**Critère** | **8e : La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Disponibilité du dossier : procédures de constitution, mise à jour, accessibilité en temps réel, etc.	Oui		A	-
Intégrité du dossier : procédures garantissant la fiabilité et l'exhaustivité, existence d'un système de contrôle, etc.	Oui			
Confidentialité du dossier : procédures d'habilitation, formation du personnel, etc.	Oui			
Sécurité du dossier : conditions de conservation et d'archivage, etc.	Oui			
Appropriation des règles par les professionnels en charge de la gestion du personnel.	Oui			

B FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES

REFERENCE 9 : L'organisation et la maîtrise de la qualité des fonctions hôtelières et logistiques				
Critère	9a : Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en restauration.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Certification externe ou démarche qualité, en cuisine centrale ou chez le prestataire extérieur, sur l'ensemble du circuit allant de la réception des marchandises à la distribution des repas au patient : - démarche HACCP ; - procédures décrivant toutes les étapes de la distribution ; - respect des règles d'hygiène par les personnels chargés de la restauration (entretien des locaux, tenue vestimentaire, hygiène des mains, etc.) ; - réalisation d'audits internes.	En partie	Une démarche qualité maîtrisée est en place sur l'ensemble du circuit de fabrication des repas. Pour ce qui concerne les offices des services de soins, un programme de rénovation a été lancé et était en cours de mise en œuvre au moment de la visite.	B	-
Appréciation positive des services vétérinaires ou prise en compte de leurs recommandations.	Oui			
Mesures prises pour les patients à risque (aplasie médullaire, biberonnerie, etc.).	Oui			
Interfaces organisées avec les secteurs d'activité utilisateurs permettant de répondre aux attentes des patients.	En partie	Des relations sont en place entre la cuisine centrale et les secteurs d'activité. Cependant, l'organisation en place ne permet pas de recueillir les choix des patients pour les menus.		

REFERENCE 9 : L'organisation et la maîtrise de la qualité des fonctions hôtelières et logistiques

Critère	9b : Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en blanchisserie et dans le circuit de traitement du linge.
----------------	--

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Certification externe ou démarche d'assurance qualité (procédures, formation des professionnels, audits, démarche d'analyse des risques de contamination microbiologiques (RABC) que le traitement du linge soit effectué en interne ou externalisé) : - protocoles sur le tri du linge (circuit propre-sale, tenue du personnel, lavage des mains, etc.) ; - protocoles sur le circuit du linge (séparation propre-sale, ascenseur séparé, local spécial dans les secteurs d'activité, etc.) ; - contrôle du traitement du linge (production, lingerie) à périodicité définie, avec communication des résultats.	En partie	Une démarche qualité est en place au niveau de la buanderie centrale et concerne également l'ensemble du circuit du linge. Dans le cadre de cette dernière, la révision de l'ensemble des protocoles a été entreprise et était en cours au moment de la visite.	B	-
Mesures prises pour les patients à risque.	Oui			
Interfaces organisées avec les secteurs d'activité utilisateurs.	Oui			

REFERENCE 9 : L'organisation et la maîtrise de la qualité des fonctions hôtelières et logistiques

Critère	9c : La continuité des soins, la dignité, la confidentialité, l'hygiène et la sécurité sont assurées à l'occasion du transport du patient.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation de la fonction transport (interne et externe).	Oui		B	-
Dispositif de coordination de la fonction transport avec les secteurs d'activité.	Oui			
Respect des droits des patients (dignité, confidentialité des informations, etc.).	En partie	Le respect des droits des patient pendant les transports fait l'objet de recommandations diffusées. Cependant, il a été constaté au cours de la visite plusieurs situations mettant en cause le respect de la dignité du patient lors du transfert de personnes âgées.		
Respect des règles d'hygiène et de sécurité.	En partie	Les règles d'hygiène et de sécurité sont définies. Toutefois, la traçabilité du nettoyage des brancards et des fauteuils n'est pas exhaustive.		
Formation adaptée des professionnels dédiés au transport.	Oui			

REFERENCE 9 : L'organisation et la maîtrise de la qualité des fonctions hôtelières et logistiques**Critère** 9d : Les approvisionnements des secteurs d'activité sont assurés.

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil des besoins selon un calendrier établi (prise en compte du développement de l'activité et des normes de sécurité).	Oui		A	-
Association des personnels utilisateurs aux achats les concernant.	Oui			
Procédures d'approvisionnement à périodicité définie (commande, réception, relance et gestion des stocks).	Oui			
Procédure d'approvisionnement pour les cas d'urgence.	Oui			

C ORGANISATION DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES

REFERENCE 10 : Le management de la qualité				
Critère	10a : L'écoute des patients est organisée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation de l'écoute du patient (recueil et analyse des besoins et attentes, dispositif d'écoute spécifique, mise en oeuvre de la CRU, etc.).	En partie	Un questionnaire de sortie est disponible dans le livret d'accueil. Il a comme objectif une analyse par la cellule qualité. Son faible taux de retour (6 %) ne permet pas le recueil complet des attentes et besoins des patients. En chirurgie ambulatoire, l'appel du lendemain permet d'évaluer la satisfaction du patient. Les volontés du patient, concernant les directives anticipées, ne font pas l'objet d'un recueil formalisé. La CRU se réunit régulièrement, elle a connaissance des réclamations, des plaintes et des résultats des questionnaires de sortie. L'établissement n'a pas développé d'autres modes de recueils réguliers de la satisfaction du patient.	B	-
Responsables identifiés et missions définies.	Oui			
Communication sur le dispositif mis en oeuvre à destination des patients et des acteurs de l'établissement (informations sur le livret d'accueil, affiches, etc.).	En partie	Les patients ont connaissance du dispositif au travers de la charte du patient et du livret d'accueil. Les bilans annuels de la CRU et des questionnaires de satisfaction sont présentés aux instances et aux cadres des services. Une enquête ponctuelle sur la restauration a récemment été réalisée, ses résultats n'ont pas fait l'objet d'une présentation à la CRU. Le programme qualité n'a pas fait l'objet d'une présentation à la CRU.		

REFERENCE 10 : Le management de la qualité				
Critère	10a : L'écoute des patients est organisée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Réponses apportées aux attentes des patients.	Oui			

REFERENCE 10 : Le management de la qualité				
Critère	10b : Le programme d'amélioration continue de la qualité est formalisé, comporte des objectifs précis et inclut les résultats issus des différentes formes d'évaluation.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Programme d'amélioration continue de la qualité formalisé.	Oui		B	-
Objectifs déterminés en cohérence avec la politique qualité et les résultats des évaluations internes et externes.	En partie	Les objectifs sont déterminés en cohérence avec la politique qualité qui correspond au volet « prise en charge du patient » du projet d'établissement. Le volet « prise en charge du patient » est construit sur la base des recommandations de la première démarche de certification et dans la perspective de la seconde démarche de certification. Les évaluations internes sont débutantes et peu nombreuses, ce qui ne permet pas l'intégration de leurs résultats dans le programme qualité.		
Méthodes, actions, indicateurs et échéancier définis pour la mise en oeuvre et le suivi du programme.	En partie	Un plan d'action est établi, mais ce dernier n'est pas décliné par secteur d'activité ou à l'échelon des pôles. L'établissement n'a pas développé d'indicateurs de suivi du programme qualité.		
Communication sur le programme et ses objectifs.	Oui			

REFERENCE 10 : Le management de la qualité				
Critère	10c : La formation des professionnels à la qualité est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil des besoins en formation qualité (adéquation des axes de formation au programme qualité).	En partie	Des formations qualité sont réalisées ou inscrites au plan de formation de l'établissement. Le recueil des besoins en formation ne cible pas de façon précise les actions qualité. De même, la politique qualité n'a pas ciblé des axes de formation qui lui soient spécifiques avec un recueil centralisé ou coordonné par le service qualité.	B	-
Plan de formation à la qualité (professionnels concernés, caractère obligatoire de la formation, fréquence, contenu des formations, etc.).	En partie	Des formations ponctuelles à des actions ou méthodes qualité sont organisées. Des professionnels ressources bénéficient de formations sur le thème de la qualité, mais il n'existe pas de plan de formation qualité spécifique.		
Mise en oeuvre des formations.	Oui			

REFERENCE 10 : Le management de la qualité				
Critère	10d : Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation pour le déploiement des démarches qualité dans les secteurs d'activité (plans d'actions par secteur, référents qualité, etc.).	En partie	Les cadres mettent en place de manière informelle et par défaut les référents qualité au niveau de chaque service. Il n'y a pas de déclinaison des plans d'actions qualité pour chaque secteur d'activité ou pôle. Le déploiement de la démarche qualité est assuré par le comité de pilotage qualité et le qualicien, mais il n'y a pas de revue de direction permettant une évaluation coordonnée de l'ensemble des projets.	C	
Accompagnement méthodologique des acteurs des secteurs d'activité à la démarche qualité et aux outils qualité.	En partie	L'accompagnement méthodologique des acteurs des secteurs d'activité à la démarche qualité et la formation aux outils de la qualité est assuré par le responsable qualité. Certains secteurs ont bénéficié d'un support méthodologique extérieur (MEAH, accompagnement EPP). Des projets qualité sont parfois conduits sans la validation méthodologique du responsable qualité. Il a été constaté une appropriation variable ou hétérogène de la culture qualité selon les secteurs.		
Mise en oeuvre de démarches qualité dans les différents secteurs.	En partie	Les démarches qualité sont déployées de façon variable selon les secteurs.		
Participation des professionnels aux actions conduites.	Oui			

REFERENCE 10 : Le management de la qualité				
Critère	10e : La gestion documentaire est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif de gestion documentaire.	Oui		B	-
Connaissance par les professionnels du dispositif.	Oui			
Accessibilité aux documents.	En partie	Il existe un système de gestion documentaire centralisé, organisé par la cellule qualité basé sur une procédure de gestion formalisée. Cependant, il persiste dans les services des documents non référencés ou validés par la qualité qui n'intègrent pas le système global de gestion.		

REFERENCE 11 : La gestion des risques				
Critère	11a : L'établissement recense et utilise toutes les sources d'information dont il dispose concernant les risques.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation du recensement des informations sur les risques.	En partie	Pour répondre à la nécessité d'organisation du recensement des informations sur les risques, l'établissement a créé fin 2008 un comité « COVIRISQ ». Ce comité qui regroupe les vigilants de l'établissement s'est réuni 3 fois en 2009, sur les questions d'organisation des alertes ascendantes et descendantes, et les bilans d'actions initiées en 2009 de chacune des vigilances. Un plan d'action 2010 a été adopté par ce comité pour l'exercice 2010. Le CLIN n'intègre pas ce comité à ce jour, et l'identitovigilance n'a pas été mise en œuvre. L'établissement n'a pas élaboré la cartographie des risques. La gestion prévisionnelle des risques ne concerne que le document unique des risques professionnels non réactualisé au moment de la visite. Les professionnels du bloc opératoire ne se sont pas appropriés les objectifs de la « check-list ».	C	Le COVIRISQ est constitué et est en cours de structuration. Il a élaboré un plan d'action pour 2010. Le recensement des informations relatives aux risques est amorcé en vue de l'élaboration de la cartographie des risques.
Responsabilités définies pour le recensement des informations.	En partie	Les responsabilités sont définies pour le recensement des informations. Le référent identitovigilance n'est pas nommé.		
Veille réglementaire relative à la sécurité.	Oui			

REFERENCE 11 : La gestion des risques				
Critère	11b : La gestion des risques est organisée et coordonnée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Structure de coordination des risques (COVIRIS, cellule de gestion des risques ou équivalent, etc.).	En partie	Le COVIRISQ est en place depuis fin 2008. Il intègre dans sa composition les vigilances, à l'exception de l'infectiovigilance et de l'identitovigilance et du référent « risques professionnels ».	C	
Responsabilités définies sur les domaines de risques (référénts, vigilants, etc.).	En partie	Les responsabilités sont définis pour toutes les vigilances, sauf l'identitovigilance.		
Démarche structurée d'identification et d'analyse des risques a priori (secteurs à risque, risques professionnels, etc.).	En partie	La démarche d'identification des risques a priori concerne uniquement les risques professionnels et techniques.		
Démarche structurée d'identification, de signalement et d'analyse des incidents et accidents survenus.	En partie	La fiche d'événement indésirable permet la déclaration des incidents et accidents intervenus. Les différentes déclarations font l'objet d'une analyse. Cependant, la fiche d'événement indésirable n'est généralement pas utilisée par défaut d'appropriation de ses objectifs par l'ensemble des professionnels. La démarche d'identification des risques « a priori » et l'analyse des événements sentinelles est peu développée.		
Définition d'un programme global de gestion des risques.	Non	Le programme global de gestion des risques n'était pas formalisé au moment de la visite.		

REFERENCE 11 : La gestion des risques				
Critère	11c : Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Hiérarchisation des risques (outils, grille de criticité, etc.).	En partie	Les risques professionnels ont fait l'objet d'une hiérarchisation en 2004, une réactualisation de ce document est programmée en 2010. L'établissement n'a pas procédé à un recensement général des principaux risques et n'a pas conduit d'étude de criticité des risques potentiels connus. De fait, il ne dispose pas d'une cartographie générale des risques a priori.	C	Le COVIRISQ est en cours de structuration. Il a élaboré un plan d'action pour 2010 et a initié la démarche de hiérarchisation des risques.
Formalisation des conduites à tenir en cas d'incident ou accident.	En partie	En l'absence d'étude de criticité des risques potentiels ou de recensement des principaux risques, la formalisation des conduites à tenir est partielle.		
Mise en oeuvre d'actions de réduction des risques.	En partie	La mise en œuvre est partielle compte tenu de l'absence de recensement exhaustif des risques.		
Association des instances et professionnels à l'élaboration et à la mise en oeuvre du programme d'actions de réduction des risques.	En partie	Il n'existe pas de programme généralisé de réduction des risques. Les instances et les professionnels, via le COVIRISQ, sont associés au projet de mise en œuvre.		

REFERENCE 11 : La gestion des risques				
Critère	11d : La gestion d'une éventuelle crise est organisée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification d'une cellule de crise (responsables, rôles, etc.).	Oui		B	-
Définition des circuits d'alerte.	En partie	Le circuit unique des alertes et de communication est formalisé dans le plan blanc. Ce dernier n'a pas fait l'objet d'une réactualisation suite aux travaux réalisés dans le service d'accueil des urgences de l'établissement.		
Information des professionnels.	En partie	Les personnes ressources du plan blanc sont informées des modalités de la gestion de crise. Cependant, l'information des professionnels n'a pas été réactualisée suite aux différents travaux intervenus dans l'établissement et qui ont modifié des circuits de prise en charge des patients.		

REFERENCE 11 : La gestion des risques				
Critère	11e : L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Plan blanc formalisé et actualisé.	En partie	Le plan blanc est formalisé. Il n'a pas fait l'objet d'une réactualisation suite aux aménagements, travaux et évolution du personnel, notamment du service d'accueil des urgences.	C	
Plans spécifiques sur les risques exceptionnels pour lesquels l'établissement est concerné.	En partie	Il existe plusieurs annexes au plan blanc concernant les risques spécifiques. Cependant, l'annexe « NRBC » n'est pas actualisée.		
Formation des professionnels.	Oui			
Exercices de simulation.	En partie	Des exercices de simulation sont organisés, mais il n'existe pas de programme régulier à périodicité définie.		
Modalités de communication interne et externe.	Oui			

REFERENCE 12 : Le dispositif de veille sanitaire				
Critère	12a : La traçabilité des produits de santé est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des produits de santé à tracer.	Oui		A	-
Définition des responsabilités des différents professionnels.	Oui			
Information des professionnels.	Oui			
Mise en oeuvre de la traçabilité.	Oui			

REFERENCE 12 : Le dispositif de veille sanitaire

Critère	12b : Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place.
----------------	--

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation pour répondre à une alerte sanitaire descendante (responsabilités définies, réception, transmission, décision, mise en oeuvre).	Oui		B	-
Organisation pour procéder à une alerte sanitaire ascendante (responsabilités définies, déclaration, analyse, information, etc.).	Oui			
Permanence du dispositif (24 heures/24).	En partie	La permanence du dispositif est assurée 24 heures sur 24 sauf pour la matériovigilance.		
Connaissance par les professionnels de l'organisation mise en place.	Oui			

REFERENCE 12 : Le dispositif de veille sanitaire

Critère	12c : La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée.
----------------	---

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Coordination des vigilances assurée.	En partie	Un comité, créé fin 2008, le COVIRISQ, assure la coordination des vigilances entre elles. Cependant, la composition de ce dernier n'intègre pas toutes les vigilances (infectiovigilance et identitovigilance).	B	-
Intégration des vigilances dans le programme global de gestion des risques.	Oui			
Partage de l'information et des méthodes.	Oui			

REFERENCE 12 : Le dispositif de veille sanitaire				
Critère	12d : Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales des vigilances.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Diffusion des informations provenant des structures nationales et régionales.	Oui		A	-
Retour d'information aux structures régionales ou nationales.	Oui			
Participation des vigilants de l'établissement aux activités des structures régionales et nationales.	Oui			

D QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

REFERENCE 13 : Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux				
Critère	13a : Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des patients et des activités à risque infectieux.	Oui		A	-
Définition d'un programme de surveillance avec une stratégie particulière dans les secteurs à haut risque (secteurs interventionnels, réanimation, néonatalogie, etc.).	Oui			
Mise en oeuvre du programme.	Oui			
Suivi du programme.	Oui			

REFERENCE 13 : Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux**Critère** 13b : Des dispositions sont mises en oeuvre pour assurer la prévention et la maîtrise du risque infectieux.

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Protocoles et procédures de maîtrise du risque infectieux actualisés et validés par le CLIN.	Oui		B	-
Diffusion des protocoles et procédures.	Oui			
Mise en oeuvre des précautions standard d'hygiène.	Oui			
Mise en oeuvre des précautions liées à des situations particulières.	Oui			
Formation régulière à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux de tous les professionnels (nouveaux arrivants, personnels temporaires et permanents.).	Oui			
Suivi de l'utilisation des protocoles et procédures.	Oui			
Association du CLIN et de l'EOH à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux.	En partie	Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène ne sont pas systématiquement associés à tous les projets de travaux, d'aménagements ou d'acquisition de nouveaux matériels.		

REFERENCE 13 : Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux**Critère** 13c : Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé.

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Définition et mise en oeuvre des recommandations de bonnes pratiques de prescription des antibiotiques (réflexion collective au sein de l'établissement, COMEDIMS ou équivalent, etc.).	Oui		A	-
Définition et mise en oeuvre des règles de bonnes pratiques d'antibioprophylaxie.	Oui			
Suivi de la consommation.	Oui			
Surveillance de la résistance aux antibiotiques.	Oui			
Information des professionnels.	Oui			

REFERENCE 13 : Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux**Critère** 13d : Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif de signalement (responsable du signalement, processus défini, etc.).	Oui		A	-
Formation et information de tous les professionnels et des instances par le CLIN et les responsables d'hygiène, sur les dispositions relatives au signalement des infections nosocomiales.	Oui			
Historique et analyse des signalements.	Oui			

REFERENCE 13 : Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux

Critère	13e : Un dispositif permettant l'alerte, l'identification et la gestion d'un phénomène épidémique est en place.
----------------	--

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification préalable des événements anormaux pouvant entraîner une alerte.	Oui		A	-
Définition d'un circuit d'alerte.	Oui			
Enquête en cas d'épidémie.	Oui			
Communication au personnel des mesures déterminées par le CLIN.	Oui			
Information des patients.	Oui			
Mesures de prévention et de gestion communes en cas d'épidémie.	Oui			

REFERENCE 14 : La gestion des risques liés aux dispositifs médicaux**Critère****14a : Le prétraitement et la désinfection des dispositifs médicaux non autoclavables font l'objet de dispositions connues et appliquées par les professionnels concernés.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Protocoles de prétraitement et de désinfection des dispositifs médicaux, validés par le CLIN.	Oui		A	-
Formation des professionnels concernés au prétraitement et à la désinfection des dispositifs médicaux.	Oui			
Traçabilité du prétraitement et de la désinfection des dispositifs médicaux.	Oui			

REFERENCE 14 : La gestion des risques liés aux dispositifs médicaux

Critère	14b : Une organisation permettant d'assurer la qualité de la stérilisation est en place.
----------------	---

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Certification externe ou démarche d'assurance qualité en stérilisation connue des professionnels. - mise en oeuvre de protocoles et de procédures. - formation régulière du personnel concerné.	Oui		A	-
Prise en compte des avis et recommandations des services d'inspection.	Oui			
Interfaces organisées avec les secteurs d'activité utilisateurs.	Oui			

REFERENCE 14 : La gestion des risques liés aux dispositifs médicaux**Critère** | **14c : La maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est assurée.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique générale de maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux.	En partie	Une politique de maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est mise en œuvre. Cependant, la maintenance préventive qui est organisée pour la majorité des dispositifs médicaux n'inclut pas les lits des patients.	B	-
Organisation définie et mise en oeuvre.	Oui			
Procédures d'entretien, de remplacement et de réparation en urgence.	Oui			
Formation et information régulières du personnel utilisateur.	Oui			
Système de signalement des dysfonctionnements.	Oui			

REFERENCE 15 : La gestion des risques liés à l'environnement**Critère** | **15a : L'hygiène des locaux est assurée.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des zones à risque.	Oui		B	-
Nettoyage adapté des locaux (procédures, traçabilité, etc.).	En partie	Les procédures de nettoyage sont définies et adaptées aux différents secteurs d'activité. Cependant, les procédures de nettoyage des circulations et des parties communes extérieures aux services de soins ne sont pas formalisées. Par ailleurs, la traçabilité de l'entretien des circulations n'est pas assurée.		
Formation du personnel d'entretien et de nettoyage.	Oui			
Contrôles périodiques organisés en concertation avec le CLIN et réajustements si nécessaire.	En partie	Le programme du CLIN prévoit les contrôles périodiques du nettoyage des locaux. Ceux des circulations et des parties communes extérieures aux services de soins ne sont pas réalisés en l'absence de protocoles formalisés.		

REFERENCE 15 : La gestion des risques liés à l'environnement**Critère** 15b : La maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations.

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Protocoles et procédures de maintenance et de contrôle de la qualité de l'eau.	Oui		B	-
Respect des normes de sécurité pour garantir la qualité de l'eau dans ses différentes utilisations.	Oui			
Contrôles périodiques adaptés aux différentes utilisations de l'eau, notamment dans les secteurs à risque.	Oui			
Recueil et analyse des dysfonctionnements.	En partie	Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés et font l'objet d'un examen par le CLIN. Cependant, le CLIN n'est pas destinataire des résultats des contrôles de la qualité de l'eau froide qui sont effectués par les services techniques.		
Actions d'amélioration.	Oui			

REFERENCE 15 : La gestion des risques liés à l'environnement

Critère	15c : La maintenance et le contrôle de la qualité de l'air sont adaptés aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées.
----------------	--

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Protocoles et procédures de maintenance et de contrôle de la qualité de l'air.	Oui		B	-
Respect des normes de sécurité pour garantir la qualité de l'air dans ses différentes utilisations.	Oui			
Contrôles périodiques adaptés aux différentes utilisations de l'air, notamment dans les secteurs à risque.	Oui			
Recueil et analyse des dysfonctionnements.	En partie	Le recueil et l'analyse des dysfonctionnement sont réalisés et font l'objet d'un examen par le CLIN. Cependant, le CLIN n'est pas destinataire des résultats des contrôles de la qualité de l'air du bloc opératoire qui sont effectués par la pharmacie.		
Actions d'amélioration.	Oui			

REFERENCE 15 : La gestion des risques liés à l'environnement

Critère	15d : L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est assurée.
----------------	---

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation de l'élimination des déchets (classification des déchets, protocoles de tri, collecte, transport, stockage, traitement, etc.).	Oui		A	-
Formation et sensibilisation des professionnels.	Oui			
Mesures de protection du personnel (déclaration d'accident, matériel sécurisé, etc.).	Oui			
Recueil et analyse des dysfonctionnements.	Oui			
Actions d'amélioration.	Oui			

REFERENCE 16 : La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements**Critère** 16a : La sécurité des bâtiments, des installations et des équipements fait l'objet d'un suivi.

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des responsables.	Oui		A	-
Programme de contrôle (contrôles internes et externes, à périodicité définie).	Oui			
Mise en oeuvre et suivi des recommandations consécutives aux contrôles externes.	Oui			
Recueil et analyse des dysfonctionnements (panne d'un équipement, absence de fermeture du bâtiment, etc.).	Oui			
Actions d'amélioration.	Oui			

REFERENCE 16 : La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements

Critère	16b : La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée.
----------------	---

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des responsables.	Oui		A	
Programme de contrôle (contrôles internes et externes, à périodicité définie).	Oui			
Mise en oeuvre et suivi des recommandations consécutives aux contrôles externes.	Oui			
Formations actualisées, à périodicité définie, de l'ensemble des personnels.	Oui			
Exercices réguliers de simulation.	Oui			
Appropriation par les personnels des protocoles d'alerte et d'intervention.	Oui			
Recueil et analyse des dysfonctionnements.	Oui			
Actions d'amélioration.	Oui			
Dispositions spécifiques vis-à-vis du risque incendie lié au tabagisme (affichage, livret d'accueil, rappel des règles en cas de non-respect, etc.) et aux autres causes d'incendie (produits inflammables, produits de laboratoire, risque électrique, etc.).	Oui			

REFERENCE 16 : La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements**Critère** | **16c : La maintenance préventive et curative est assurée.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Plan de maintenance préventive.	Oui		B	-
Coordination de la maintenance curative.	Oui			
Organisation des interventions en urgence (délai d'intervention, identification des équipes d'intervention, numéros d'appel, etc.).	Oui			
Appropriation par les personnels des protocoles d'alerte et d'intervention.	Oui			
Traçabilité des interventions.	En partie	La traçabilité des interventions de maintenance préventive et curative est assurée. Cependant, la traçabilité des interventions urgentes, réalisées par les équipes techniques, n'est pas exhaustive.		

REFERENCE 17 : La sécurité des biens et des personnes**Critère** | **17a : La conservation des biens est organisée.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des situations mettant en jeu la sécurité des biens.	En partie	Les situations mettant en jeu la sécurité des biens sont identifiées a posteriori au moyen des fiches de signalement des événements indésirables. Cependant, l'établissement ne procède pas à l'identification a priori des risques.	B	-
Mise en oeuvre 24 heures/24 de dispositions appropriées (coffres, vestiaires, surveillance, gardiennage, vidéosurveillance, etc.).	Oui			
Diffusion des consignes de sécurité aux patients, aux visiteurs et aux professionnels.	Oui			
Connaissance par les professionnels des protocoles d'alerte.	Oui			
Recueil et analyse des événements indésirables et gestion des plaintes.	Oui			
Actions d'amélioration.	Oui			

REFERENCE 17 : La sécurité des biens et des personnes**Critère** 17b : Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en oeuvre.

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des situations mettant en jeu la sécurité des personnes.	En partie	Les situations mettant en jeu la sécurité des personnes sont identifiées a posteriori au moyen des fiches de signalement des événements indésirables. Cependant, l'établissement ne procède pas à l'identification a priori des risques, à l'exception des situations relatives à la sécurité incendie.	B	-
Mise en oeuvre de dispositions appropriées (sensibilisation des professionnels, vidéosurveillance, agents de sécurité, sécurité de nuit, alarme, dispositif pour travailleurs isolés, etc.).	Oui			
Diffusion des consignes de sécurité aux patients, aux visiteurs et aux professionnels.	Oui			
Connaissance par les professionnels des protocoles d'alerte.	Oui			
Recueil et analyse des événements indésirables et gestion des plaintes.	Oui			
Actions d'amélioration.	Oui			

E SYSTÈME D'INFORMATION

REFERENCE 18 : Le système d'information				
Critère	18a : Le système d'information est organisé pour faciliter la prise en charge des patients.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des besoins des secteurs d'activité en termes de SI.	Oui		B	-
Mise à disposition des professionnels, des bases de connaissances utiles à la réalisation des différentes activités.	Oui			
Communication des données nécessaires à la prise en charge des patients et à sa coordination, en temps utile et de façon adaptée aux besoins.	En partie	La communication des données utiles à la prise en charge des patients est assurée malgré la cohabitation de plusieurs supports papier et informatique. Cependant, il a été constaté que des difficultés pouvaient apparaître pour la transmission des informations le week-end si un patient pris en charge en extrahospitalier était hospitalisé.		
Accompagnement et formation des professionnels concernés pour traiter et utiliser les données.	Oui			

REFERENCE 18 : Le système d'information

Critère	18b : Une identification fiable et unique du patient est assurée.
----------------	--

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique d'identification du patient.	En partie	Des règles relatives à l'identification du patient sont diffusées, mais l'établissement n'a pas formalisé sa politique d'identification des patients.	C	
Organisation permettant la diffusion et la mise en oeuvre de procédures de contrôle de l'identification du patient.	En partie	Une note de service définit l'organisation du contrôle de l'identification du patient. Dans les faits, ces contrôles sont peu effectués et de nombreux doublons existent. Par ailleurs, les contrôles internes du logiciel administratif ne permettent pas une gestion rigoureuse des interfaces relatives à l'identité.		
Information et/ou formation des professionnels.	En partie	Les règles relatives à l'identification des patients sont diffusées. Cependant, la visite des secteurs d'activité a permis de constater que des règles de bonnes pratiques n'étaient pas mises en œuvre : par exemple, des tubes de laboratoire étaient identifiés à l'avance dans certains services, l'item correspondant au nom de naissance n'étaient pas systématiquement renseigné dans les dossiers.		

REFERENCE 18 : Le système d'information**Critère** | **18c : La sécurité du système d'information est assurée.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique de sécurité pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et la traçabilité des accès au SI.	En partie	Des règles sont en place pour assurer la sécurité du système d'information. Toutefois, la politique de sécurité n'est pas formalisée.	B	-
Contrôle qualité des données (notamment information médicale issue du PMSI).	Oui			
Sécurité technique de l'environnement assurée.	En partie	L'environnement matériel du système d'information fait l'objet d'une maintenance et des règles sont en place. Cependant, l'établissement ne dispose pas de serveurs de secours.		
Information des professionnels sur les contraintes liées à l'utilisation des ressources informatiques.	En partie	L'information des professionnels est assurée par plusieurs notes de service. L'hôpital n'a pas formalisé de charte permettant de sensibiliser les professionnels sur l'ensemble des contraintes relatives à l'utilisation des ressources informatiques.		
Mise en oeuvre des démarches et formalités prévues par la législation Informatique et libertés.	Oui			

Actions remarquées par les experts-visiteurs concernant le chapitre II

Intitulé de l'action	Objectif	Résultat
-	-	-

CHAPITRE 3 - PRISE EN CHARGE DU PATIENT

A DROITS DU PATIENT

REFERENCE 19 : L'information du patient				
Critère	19a : Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses conditions de séjour.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Information claire et compréhensible sur les conditions de séjour du patient à l'accueil administratif et dans les services.	En partie	B	-
	Adaptation des informations aux capacités et facultés de compréhension du patient (handicap, langue, âge, niveau d'alphabétisation, etc.).	Oui		
	Actions d'évaluation et mesures d'impact sur la compréhension du patient.	Oui		
PSY	Information claire et compréhensible sur les conditions de séjour du patient à l'accueil administratif et dans les services.	En partie	B	-

REFERENCE 19 : L'information du patient					
Critère	19a : Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses conditions de séjour.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Adaptation des informations aux capacités et facultés de compréhension du patient (handicap, langue, âge, niveau d'alphabétisation, etc.).	Oui			
	Actions d'évaluation et mesures d'impact sur la compréhension du patient.	Oui			
MCO	Information claire et compréhensible sur les conditions de séjour du patient à l'accueil administratif et dans les services.	En partie	Une information claire et compréhensible est donnée sur les conditions de son séjour au patient. Néanmoins, les professionnels chargés de l'accueil ne font généralement pas la différence entre les notions de personne de confiance et de personne à prévenir.	B	-
	Adaptation des informations aux capacités et facultés de compréhension du patient (handicap, langue, âge, niveau d'alphabétisation, etc.).	Oui			
	Actions d'évaluation et mesures d'impact sur la compréhension du patient.	Non	L'établissement n'a pas réalisé d'action d'évaluation et de mesure d'impact sur la compréhension du patient.		

REFERENCE 19 : L'information du patient					
Critère	19b : Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur ses soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation de la délivrance des informations (réflexion des professionnels, identification des responsables, professionnels référents, coordination des professionnels, traçabilité dans le dossier, etc.).	Oui		B	-
	Organisation pour informer les patients sur les soins et leur état de santé (quand ?, comment ?) et faciliter leurs demandes sur ces sujets (possibilité de rendez-vous, accès au dossier du patient, groupes d'information sur certaines pathologies, etc.).	Oui			
	Formation des professionnels.	En partie	Un plan de formation existe dans l'établissement. Les personnels administratifs sont formés. Cependant, ce plan de formation n'intègre pas la formation de tous les professionnels à la délivrance des informations.		
	Évaluation de l'organisation mise en oeuvre.	Non	L'établissement n'a pas développé d'analyse de l'organisation mise en place.		
PSY	Organisation de la délivrance des informations (réflexion des professionnels, identification des responsables, professionnels référents, coordination des professionnels, traçabilité dans le dossier, etc.).	Oui		B	-

REFERENCE 19 : L'information du patient					
Critère	19b : Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur ses soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Organisation pour informer les patients sur les soins et leur état de santé (quand ?, comment ?) et faciliter leurs demandes sur ces sujets (possibilité de rendez-vous, accès au dossier du patient, groupes d'information sur certaines pathologies, etc.).	Oui			
	Formation des professionnels.	Oui			
	Évaluation de l'organisation mise en oeuvre.	En partie	L'évaluation se fait par le retour des questionnaires de sortie pour les services d'hospitalisation. Cependant, l'évaluation de l'organisation n'existe pas concernant les structures extrahospitalières (CMP, CATTP, hôpitaux de jour).		
MCO	Organisation de la délivrance des informations (réflexion des professionnels, identification des responsables, professionnels référents, coordination des professionnels, traçabilité dans le dossier, etc.).	En partie	Les professionnels des différents services ont organisé la délivrance de l'information donnée au patient. Cependant, cette dernière n'est que rarement tracée dans les dossiers.	C	
	Organisation pour informer les patients sur les soins et leur état de santé (quand ?, comment ?) et faciliter leurs demandes sur ces sujets (possibilité de rendez-vous, accès au dossier du patient, groupes d'information sur certaines	En partie	Les différents secteurs d'activité assurent l'information sur les soins aux patients accueillis. Toutefois, cette dernière est délivrée de façon hétérogène selon les services et les		

REFERENCE 19 : L'information du patient					
Critère	19b : Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur ses soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	pathologies, etc.).		disponibilités des soignants. De plus, les modalités de celle-ci ne relèvent pas d'une organisation définie institutionnellement.		
	Formation des professionnels.	Oui			
	Évaluation de l'organisation mise en oeuvre.	Non	L'établissement n'a pas réalisé d'évaluation sur l'organisation de l'information délivrée aux patients tout au long de sa prise en charge.		

REFERENCE 19 : L'information du patient					
Critère	19c : Le patient désigne les personnes qu'il souhaite voir informer.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Information du patient sur la possibilité de désigner une personne à prévenir.	Oui		C	
	Information du patient sur la possibilité de désigner une personne de confiance.	En partie	L'établissement est en cours de déploiement d'un document donnant la possibilité de désigner une personne de confiance. Les professionnels, chargés de l'information, ne faisant généralement pas la distinction entre les notions de personne de confiance et de personne à prévenir, l'information du patient sur la possibilité de désigner une personne de confiance est de fait rarement donnée. Les professionnels ne sont pas tous informés de ces dispositions.		
	Organisation et supports d'information (livret d'accueil, possibilité de révocation, etc.).	En partie	Le livret d'accueil est actualisé. Un document, permettant de désigner la personne de confiance, est en cours de déploiement. La possibilité de révocation de la personne de confiance n'est pas incluse dans le document d'information.		
	Traçabilité dans le dossier des coordonnées des personnes désignées par le patient.	En partie	Du fait du déploiement actuel du document de traçabilité et de la méconnaissance des dispositions par la totalité des professionnels de santé, l'enregistrement de la personne de		

REFERENCE 19 : L'information du patient					
Critère	19c : Le patient désigne les personnes qu'il souhaite voir informer.				
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique	
		confiance est rarement effectué. La traçabilité de cette information est rarement retrouvée dans le dossier informatisé.			
PSY	Information du patient sur la possibilité de désigner une personne à prévenir.	Oui	A	-	
	Information du patient sur la possibilité de désigner une personne de confiance.	Oui			
	Organisation et supports d'information (livret d'accueil, possibilité de révocation, etc.).	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des coordonnées des personnes désignées par le patient.	Oui			
MCO	Information du patient sur la possibilité de désigner une personne à prévenir.	Oui	B	-	
	Information du patient sur la possibilité de désigner une personne de confiance.	En partie			Les professionnels chargés de l'information ne font généralement pas la distinction entre les notions de personne de confiance et de personne à prévenir. De fait, l'information du patient sur la possibilité de désigner une personne de confiance est généralement donnée mais n'est pas systématique.

REFERENCE 19 : L'information du patient					
Critère	19c : Le patient désigne les personnes qu'il souhaite voir informer.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Organisation et supports d'information (livret d'accueil, possibilité de révocation, etc.).	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des coordonnées des personnes désignées par le patient.	Oui			

REFERENCE 19 : L'information du patient					
Critère	19d : Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable grave lors de sa prise en charge.				
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique	
SSR	Dispositif d'information du patient lors de la survenue d'un événement indésirable grave durant son séjour (identification de la personne chargée de l'information du patient, etc.).	En partie	Les événements graves liés aux soins sont pris en compte et communiqués aux patients par le médecin responsable de l'hospitalisation. L'établissement n'a pas formalisé ce dispositif d'information auprès des patients.	C	
	Dispositif d'information du patient après sa sortie en cas de survenue d'un événement indésirable grave lié aux soins délivrés pendant le séjour.	En partie	Le médecin responsable informe verbalement les patients en cas de survenue d'un événement indésirable grave après sa sortie. Cependant, l'établissement n'a pas développé de dispositif formalisé.		
	Traçabilité de l'information dans le dossier du patient.	Non	Les équipes rencontrées indiquent ne pas tracer cet élément dans le dossier de soins en cas de survenue.		
PSY	Dispositif d'information du patient lors de la survenue d'un événement indésirable grave durant son séjour (identification de la personne chargée de l'information du patient, etc.).	En partie	Le médecin est responsable de l'information au patient de tout événement le concernant durant son séjour. Cependant, ce dispositif n'est pas formalisé et connu des professionnels.	C	
	Dispositif d'information du patient après sa sortie en cas de survenue d'un événement indésirable grave lié aux soins délivrés pendant le séjour.	En partie	Le médecin est responsable de l'information au patient de tout événement le concernant. Cependant, ce dispositif n'est pas formalisé et connu des professionnels.		

REFERENCE 19 : L'information du patient					
Critère	19d : Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable grave lors de sa prise en charge.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Traçabilité de l'information dans le dossier du patient.	Non	L'établissement n'a pas repéré d'événements indésirables graves pendant le séjour ou après le séjour du patient.		
MCO	Dispositif d'information du patient lors de la survenue d'un événement indésirable grave durant son séjour (identification de la personne chargée de l'information du patient, etc.).	En partie	Un dispositif d'information du patient, lors de la survenue d'un événement indésirable grave durant son séjour, est défini, mais ce dernier n'est pas formalisé et sa mise en œuvre est informelle.	C	
	Dispositif d'information du patient après sa sortie en cas de survenue d'un événement indésirable grave lié aux soins délivrés pendant le séjour.	En partie	Le médecin est responsable de l'information au patient de tout événement le concernant après sa sortie. Cependant, ce dispositif n'est pas formalisé et connu des professionnels.		
	Traçabilité de l'information dans le dossier du patient.	Oui			

REFERENCE 20 : La recherche du consentement et des volontés du patient**Critère** **20a : La volonté du patient est respectée et son consentement éclairé est requis pour toute pratique le concernant.**

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Information préalable à la demande de consentement (bénéfice-risque, degré d'urgence, alternatives et conséquences prévisibles en cas de refus, etc.).	Oui		C	Un groupe de travail a conduit une évaluation des pratiques professionnelles sur les conditions du consentement et de l'information donnés aux patients. Cette évaluation a permis de définir des actions d'amélioration qui sont en cours de mise en œuvre.
	Procédure formalisée de recueil du consentement pour un dépistage VIH ou de consultation du registre des refus pour un prélèvement d'organe ou de tissus.	Oui			
	Recueil systématique et traçabilité, par les professionnels, du consentement éclairé.	En partie	Les professionnels recherchent le consentement éclairé du patient, mais ce dernier est rarement tracé dans le dossier.		
	Connaissance par les professionnels des situations particulières nécessitant un consentement éclairé formalisé (rédigé, daté et signé par le patient).	En partie	Les situations nécessitant un consentement éclairé et formalisé (information chirurgicale, information des risques liés à l'anesthésie) sont connues par les professionnels. Toutefois, les entretiens réalisés au cours de la visite ont montré que le recueil des directives anticipées était peu connu par les professionnels.		
	Recueil systématique du consentement éclairé formalisé dans les situations particulières.	En partie	Le recueil du consentement éclairé et formalisé pour des situations particulières est généralement réalisé par les professionnels. Cependant, sa traçabilité n'est pas assurée dans le		

REFERENCE 20 : La recherche du consentement et des volontés du patient				
Critère	20a : La volonté du patient est respectée et son consentement éclairé est requis pour toute pratique le concernant.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
		dossier du patient.		
	Oui	Organisation permettant le respect des croyances et convictions religieuses dans les limites du possible et de la déontologie médicale (régime alimentaire, recours possible au ministre du culte de son choix, transfusions, etc.).		
PSY	Oui	Information préalable à la demande de consentement (bénéfice-risque, degré d'urgence, alternatives et conséquences prévisibles en cas de refus, etc.).	B	-
	Non	Procédure formalisée de recueil du consentement pour un dépistage VIH ou de consultation du registre des refus pour un prélèvement d'organe ou de tissus.		
	Oui	Recueil systématique et traçabilité, par les professionnels, du consentement éclairé.		
	Oui	Connaissance par les professionnels des situations particulières nécessitant un consentement éclairé formalisé (rédigé, daté et signé par le patient).		
	Oui	Recueil systématique du consentement éclairé		

REFERENCE 20 : La recherche du consentement et des volontés du patient					
Critère	20a : La volonté du patient est respectée et son consentement éclairé est requis pour toute pratique le concernant.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	formalisé dans les situations particulières.				
	Organisation permettant le respect des croyances et convictions religieuses dans les limites du possible et de la déontologie médicale (régime alimentaire, recours possible au ministre du culte de son choix, transfusions, etc.).	Oui			
MCO	Information préalable à la demande de consentement (bénéfice-risque, degré d'urgence, alternatives et conséquences prévisibles en cas de refus, etc.).	En partie	Les services assurent généralement de façon orale l'information du patient préalablement à sa demande de consentement. Toutefois, le service d'anesthésie qui sollicite un consentement formel présente au patient un document de 8 pages sans indication de date de signature ni de précision sur l'intervention chirurgicale projetée, son type, ses complications éventuelles.	C	
	Procédure formalisée de recueil du consentement pour un dépistage VIH ou de consultation du registre des refus pour un prélèvement d'organe ou de tissus.	Oui			
	Recueil systématique et traçabilité, par les professionnels, du consentement éclairé.	En partie	Les professionnels s'assurent généralement du recueil du consentement éclairé et assurent sa		

REFERENCE 20 : La recherche du consentement et des volontés du patient

Critère	20a : La volonté du patient est respectée et son consentement éclairé est requis pour toute pratique le concernant.
----------------	--

	Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
			traçabilité dans le dossier du patient.		
	Connaissance par les professionnels des situations particulières nécessitant un consentement éclairé formalisé (rédigé, daté et signé par le patient).	En partie	Les entretiens réalisés au cours de la visite ont permis de constater que les professionnels ne connaissent pas l'ensemble des situations particulières nécessitant un consentement éclairé et formalisé.		
	Recueil systématique du consentement éclairé formalisé dans les situations particulières.	En partie	Le recueil du consentement éclairé est systématique et est formalisé dans les services de gastro-entérologie, d'obstétrique et d'endoscopie. Ce recueil est rarement réalisé et formalisé dans les autres services.		
	Organisation permettant le respect des croyances et convictions religieuses dans les limites du possible et de la déontologie médicale (régime alimentaire, recours possible au ministre du culte de son choix, transfusions, etc.).	Oui			

REFERENCE 21 : La dignité du patient et la confidentialité					
Critère	21a : La confidentialité des informations relatives au patient est garantie.				
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique	
SSR	Organisation permettant le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social (conditions d'entretien et d'examen, etc.).	En partie	Les professionnels de santé sont organisés afin de permettre le respect de la confidentialité. On constate cependant que les portes des salles de soins sont ouvertes en permanence, suite à une directive des services de sécurité.	B	-
	Pratiques des professionnels respectant le secret professionnel.	Oui			
	Dispositions prévues pour assurer la non-divulgation de la présence.	Oui			
	Sensibilisation des professionnels sur le thème de la confidentialité (contrats de travail, formation, groupes thématiques, rappel des bonnes pratiques, etc.).	Oui			
PSY	Organisation permettant le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social (conditions d'entretien et d'examen, etc.).	En partie	Une organisation, permettant le respect de la confidentialité des données à caractère médical et social, existe. Cependant, sur le site principal, dans le service de court séjour de santé mentale, les portes du poste central de soins sont constamment ouvertes à la demande du service de sécurité de l'établissement.	B	-

REFERENCE 21 : La dignité du patient et la confidentialité					
Critère	21a : La confidentialité des informations relatives au patient est garantie.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Pratiques des professionnels respectant le secret professionnel.	Oui			
	Dispositions prévues pour assurer la non-divulgence de la présence.	Oui			
	Sensibilisation des professionnels sur le thème de la confidentialité (contrats de travail, formation, groupes thématiques, rappel des bonnes pratiques, etc.).	Oui			
MCO	Organisation permettant le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social (conditions d'entretien et d'examen, etc.).	En partie	Une organisation permettant le respect de la confidentialité lors des entretiens avec le patient est en place. Néanmoins, il persiste des zones où la confidentialité n'est pas respectée pour des raisons architecturales : au service d'accueil situé dans le hall central, dans les services d'hospitalisation pour ce qui concerne les zones d'attente de consultation situées dans les couloirs, au service de radiologie, au secrétariat de biologie. Par ailleurs, la salle de transfert du bloc opératoire est équipée d'une porte vitrée, et donne accès à un couloir largement emprunté par les professionnels, mais aussi par des patients ou des consultants.	C	

REFERENCE 21 : La dignité du patient et la confidentialité**Critère** | **21a : La confidentialité des informations relatives au patient est garantie.**

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Pratiques des professionnels respectant le secret professionnel.	Non	Les transmissions orales paramédicales entre les équipes sont réalisées dans les salles de soins, situées dans chaque secteur d'activité, dont les portes sont asservies au système de sécurité incendie en position ouverte.		
	Dispositions prévues pour assurer la non-divulgence de la présence.	En partie	Des dispositions sont mises en œuvre de façon parcellaire sans relever d'une procédure d'identitovigilance formalisée.		
	Sensibilisation des professionnels sur le thème de la confidentialité (contrats de travail, formation, groupes thématiques, rappel des bonnes pratiques, etc.).	Oui			

REFERENCE 21 : La dignité du patient et la confidentialité					
Critère		21b : Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation permettant le respect de la dignité et de l'intimité du patient (conditions d'entretien et d'examen, etc.).	Oui		B	-
	Pratiques professionnelles respectant la dignité et l'intimité des patients.	Oui			
	Sensibilisation des professionnels au respect de la dignité et de l'intimité du patient (formation, groupes thématiques, rappel des bonnes pratiques, etc.).	Non	L'établissement n'a pas développé d'actions de formations spécifiques à ce sujet.		
PSY	Organisation permettant le respect de la dignité et de l'intimité du patient (conditions d'entretien et d'examen, etc.).	Oui		B	-
	Pratiques professionnelles respectant la dignité et l'intimité des patients.	En partie	Les pratiques professionnelles respectent généralement la dignité et l'intimité des patients. Cependant, la configuration des locaux et le défaut d'insonorisation des bureaux ne le permettent généralement pas dans les structures extérieures.		
	Sensibilisation des professionnels au respect de la dignité et de l'intimité du patient (formation, groupes thématiques, rappel des bonnes pratiques, etc.).	Oui			
MCO	Organisation permettant le respect de la	En	Pour les entretiens, examens médicaux	B	-

REFERENCE 21 : La dignité du patient et la confidentialité				
Critère	21b : Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
dignité et de l'intimité du patient (conditions d'entretien et d'examen, etc.).	partie	et soins réalisés en chambre double, les équipes soignantes s'organisent pour assurer le respect de la dignité et de l'intimité du patient. Cependant, l'ensemble des chambres n'est pas équipé de paravents.		
Pratiques professionnelles respectant la dignité et l'intimité des patients.	Oui			
Sensibilisation des professionnels au respect de la dignité et de l'intimité du patient (formation, groupes thématiques, rappel des bonnes pratiques, etc.).	Oui			

REFERENCE 21 : La dignité du patient et la confidentialité					
Critère	21c : La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance (groupes thématiques, formations, etc.).	Oui		B	-
	Identification des personnes et des situations à risque de maltraitance.	Oui			
	Mise en place d'un dispositif de signalement interne et externe.	En partie	Une organisation est en place pour le signalement interne des situations de maltraitance. La formalisation du dispositif de signalement externe est programmée en 2011.		
	Respect des bonnes pratiques en matière de contention (et d'isolement thérapeutique en psychiatrie).	Oui			
PSY	Sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance (groupes thématiques, formations, etc.).	Oui		A	-
	Identification des personnes et des situations à risque de maltraitance.	Oui			
	Mise en place d'un dispositif de signalement interne et externe.	Oui			
	Respect des bonnes pratiques en matière de contention (et d'isolement thérapeutique en psychiatrie).	Oui			

REFERENCE 21 : La dignité du patient et la confidentialité					
Critère	21c : La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance (groupes thématiques, formations, etc.).	Oui		B	-
	Identification des personnes et des situations à risque de maltraitance.	Oui			
	Mise en place d'un dispositif de signalement interne et externe.	Oui			
	Respect des bonnes pratiques en matière de contention (et d'isolement thérapeutique en psychiatrie).	Non	Les bonnes pratiques en matière de contention sont généralement respectées et tracées (prescription médicale écrite, datée et signée, issue d'une réflexion d'équipe avec une périodicité définie). La mise en place des barrières de lit fait rarement l'objet d'une prescription médicale.		

B PARCOURS DU PATIENT

REFERENCE 22 : L'accueil du patient et de son entourage					
Critère		22a : L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient et/ou de son entourage.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Adaptation des locaux aux différents types de handicaps (architecture, signalisation, système antifugue, etc.).	Oui		A	-
	Organisation adaptée au repérage et à la prise en compte des handicaps (sensoriels, moteurs et psychiques, etc.).	Oui			
	Recherche de tout type de situations devenues handicapantes pour le patient (prise médicamenteuse, risque de chute lié à la prise en charge ou l'alitement prolongé, etc.).	Oui			
PSY	Adaptation des locaux aux différents types de handicaps (architecture, signalisation, système antifugue, etc.).	En partie	Certains locaux sont adaptés aux handicaps (court séjour sur site CH Arles), mais les locaux des structures extérieures ne sont pas toujours adaptés à certains handicaps (rampe d'accès, accès fauteuils roulants, etc.).	B	-
	Organisation adaptée au repérage et à la prise en compte des handicaps (sensoriels, moteurs et psychiques, etc.).	Oui			
	Recherche de tout type de situations devenues handicapantes pour le patient (prise	Oui			

REFERENCE 22 : L'accueil du patient et de son entourage				
Critère	22a : L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient et/ou de son entourage.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	médicamenteuse, risque de chute lié à la prise en charge ou l'alitement prolongé, etc.).			
MCO	Adaptation des locaux aux différents types de handicaps (architecture, signalisation, système antifugue, etc.).	En partie	Les locaux sont adaptés aux différents types de handicaps à l'exception des non-voyants (ascenseurs non équipés, absence d'indications en braille).	-
	Organisation adaptée au repérage et à la prise en compte des handicaps (sensoriels, moteurs et psychiques, etc.).	Oui		
	Recherche de tout type de situations devenues handicapantes pour le patient (prise médicamenteuse, risque de chute lié à la prise en charge ou l'alitement prolongé, etc.).	Oui		

REFERENCE 22 : L'accueil du patient et de son entourage					
Critère	22b : La permanence de l'accueil est organisée.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation de l'accueil des patients et de l'entourage (permanence, accès téléphonique, responsabilités, etc.).	Oui		A	-
	Réponse adaptée aux différentes situations (transfert vers une autre structure, appel de spécialistes, information de l'entourage, etc.).	Oui			
	Dispositions prises pour informer sur les délais d'attente et pour les réduire.	Oui			
PSY	Organisation de l'accueil des patients et de l'entourage (permanence, accès téléphonique, responsabilités, etc.).	Oui		A	-
	Réponse adaptée aux différentes situations (transfert vers une autre structure, appel de spécialistes, information de l'entourage, etc.).	Oui			
	Dispositions prises pour informer sur les délais d'attente et pour les réduire.	Oui			
MCO	Organisation de l'accueil des patients et de l'entourage (permanence, accès téléphonique, responsabilités, etc.).	Oui		A	-
	Réponse adaptée aux différentes situations (transfert vers une autre structure, appel de spécialistes, information de l'entourage, etc.).	Oui			

REFERENCE 22 : L'accueil du patient et de son entourage				
Critère	22b : La permanence de l'accueil est organisée.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Dispositions prises pour informer sur les délais d'attente et pour les réduire.	Oui		

REFERENCE 22 : L'accueil du patient et de son entourage					
Critère		22c : Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Procédures spécifiques d'accueil et de prise en charge des détenus.	NA	Ce critère n'est pas applicable dans le secteur des soins de suite.	NA	-
	Mesures prises pour garantir aux détenus la sécurité, la dignité et la confidentialité.	NA	Ce critère n'est pas applicable dans le secteur des soins de suite.		
	Mesures prises pour garantir la sécurité des personnels.	NA	Ce critère n'est pas applicable dans le secteur des soins de suite.		
	Interfaces organisées entre le milieu carcéral et l'établissement.	NA	Ce critère n'est pas applicable dans le secteur des soins de suite.		
PSY	Procédures spécifiques d'accueil et de prise en charge des détenus.	Oui		B	-
	Mesures prises pour garantir aux détenus la sécurité, la dignité et la confidentialité.	Oui			
	Mesures prises pour garantir la sécurité des personnels.	Oui			
	Interfaces organisées entre le milieu carcéral et l'établissement.	En partie	Les relations entre les équipes de l'UCSA et le milieu pénitenciaire sont organisées (réunion CPU, SPIP, etc.) Néanmoins, la convention entre l'établissement et le milieu carcéral est en cours de finalisation et de validation.		
MCO	Procédures spécifiques d'accueil et de prise en charge des détenus.	Oui		A	-

REFERENCE 22 : L'accueil du patient et de son entourage					
Critère	22c : Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Mesures prises pour garantir aux détenus la sécurité, la dignité et la confidentialité.	Oui			
	Mesures prises pour garantir la sécurité des personnels.	Oui			
	Interfaces organisées entre le milieu carcéral et l'établissement.	Oui			

REFERENCE 22 : L'accueil du patient et de son entourage					
Critère	22d : Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation de services d'hébergement et de restauration pour les accompagnants.	Oui		A	-
	Connaissance de ces services par les professionnels.	Oui			
	Information des patients et de leur entourage sur les possibilités de restauration et d'hébergement.	Oui			
PSY	Organisation de services d'hébergement et de restauration pour les accompagnants.	Oui		A	-
	Connaissance de ces services par les professionnels.	Oui			
	Information des patients et de leur entourage sur les possibilités de restauration et d'hébergement.	Oui			
MCO	Organisation de services d'hébergement et de restauration pour les accompagnants.	Oui		A	-
	Connaissance de ces services par les professionnels.	Oui			
	Information des patients et de leur entourage sur les possibilités de restauration et d'hébergement.	Oui			

REFERENCE 23 : La prise en charge du patient se présentant pour une urgence**Critère****23a : L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet.**

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation de l'accueil au service des urgences.	NA	Ce critère n'est pas applicable dans le secteur des soins de suite.	NA	-
	Définition des circuits (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, etc.).	NA	Ce critère n'est pas applicable dans le secteur des soins de suite.		
	Enregistrement et analyse des passages.	NA	Ce critère n'est pas applicable dans le secteur des soins de suite.		
	Formation spécifique du personnel d'accueil (réactivité aux situations d'urgence, manutention des patients, gestion de la violence et du stress, etc.).	NA	Ce critère n'est pas applicable dans le secteur des soins de suite.		
PSY	Organisation de l'accueil au service des urgences.	Oui		A	-
	Définition des circuits (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, etc.).	Oui			
	Enregistrement et analyse des passages.	Oui			
	Formation spécifique du personnel d'accueil (réactivité aux situations d'urgence, manutention des patients, gestion de la violence et du stress, etc.).	Oui			

REFERENCE 23 : La prise en charge du patient se présentant pour une urgence**Critère****23a : L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet.**

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation de l'accueil au service des urgences.	Oui		A	-
	Définition des circuits (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, etc.).	Oui			
	Enregistrement et analyse des passages.	Oui			
	Formation spécifique du personnel d'accueil (réactivité aux situations d'urgence, manutention des patients, gestion de la violence et du stress, etc.).	Oui			

REFERENCE 23 : La prise en charge du patient se présentant pour une urgence**Critère****23b : Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert sont organisés dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.**

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation de la prise en charge en fonction du degré d'urgence (triage, conventions de partenariat externes, procédures internes de prise en charge, contrats-relais, etc.).	NA	Le secteur d'activité des soins de suite n'est pas concerné par ce critère.	NA	-
	Organisation du transport.	NA	Le secteur d'activité des soins de suite n'est pas concerné par ce critère.		
	Organisation de la prise en charge sociale.	NA	Le secteur d'activité des soins de suite n'est pas concerné par ce critère.		
	Recueil, analyse et exploitation des événements indésirables et des délais d'attente en fonction du degré d'urgence.	NA	Le secteur d'activité des soins de suite n'est pas concerné par ce critère.		
PSY	Organisation de la prise en charge en fonction du degré d'urgence (triage, conventions de partenariat externes, procédures internes de prise en charge, contrats-relais, etc.).	Oui		B	-
	Organisation du transport.	Oui			
	Organisation de la prise en charge sociale.	Oui			
	Recueil, analyse et exploitation des événements indésirables et des délais d'attente en fonction du degré d'urgence.	En partie	L'établissement ne réalise pas de recueil, d'analyse et d'exploitation des événements indésirables, et des délais d'attente en fonction du degré		

REFERENCE 23 : La prise en charge du patient se présentant pour une urgence				
Critère	23b : Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert sont organisés dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
		d'urgence. Cependant, une étude est en cours de réalisation en collaboration avec l'ANAP.		
MCO	Organisation de la prise en charge en fonction du degré d'urgence (triage, conventions de partenariat externes, procédures internes de prise en charge, contrats-relais, etc.).	Oui		-
	Organisation du transport.	Oui		
	Organisation de la prise en charge sociale.	Oui		
	Recueil, analyse et exploitation des événements indésirables et des délais d'attente en fonction du degré d'urgence.	En partie	L'établissement conduit une démarche d'évaluation en collaboration avec l'ANAP consacrée notamment aux délais d'attente. L'organisation du recueil et l'analyse des événements indésirables sont en cours dans le cadre de cette étude.	
			B	

REFERENCE 23 : La prise en charge du patient se présentant pour une urgence					
Critère		23c : Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation du recours aux spécialistes (implication de la CACNP ou équivalent, tableaux de permanence des soins des spécialistes et équipes mobiles, télésanté, etc.).	NA	Le secteur d'activité des soins de suite n'est pas concerné par ce critère.	NA	-
	Connaissance par les personnels de l'organisation mise en place.	NA	Le secteur d'activité des soins de suite n'est pas concerné par ce critère.		
	Évaluation de la disponibilité du spécialiste dans des délais adaptés.	NA	Le secteur d'activité des soins de suite n'est pas concerné par ce critère.		
PSY	Organisation du recours aux spécialistes (implication de la CACNP ou équivalent, tableaux de permanence des soins des spécialistes et équipes mobiles, télésanté, etc.).	Oui		B	-
	Connaissance par les personnels de l'organisation mise en place.	Oui			
	Évaluation de la disponibilité du spécialiste dans des délais adaptés.	Non	Il n'y a pas d'évaluation de la disponibilité du spécialiste dans des délais adaptés.		
MCO	Organisation du recours aux spécialistes (implication de la CACNP ou équivalent, tableaux de permanence des soins des spécialistes et équipes mobiles, télésanté, etc.).	Oui		B	-

REFERENCE 23 : La prise en charge du patient se présentant pour une urgence					
Critère		23c : Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Connaissance par les personnels de l'organisation mise en place.	Oui			
	Évaluation de la disponibilité du spécialiste dans des délais adaptés.	Non	L'établissement conduit une démarche d'évaluation en collaboration avec l'ANAP qui inclut l'évaluation de la disponibilité du spécialiste.		

REFERENCE 23 : La prise en charge du patient se présentant pour une urgence					
Critère		23d : La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation permettant la connaissance des lits disponibles.	NA	Le secteur d'activité des soins de suite n'est pas concerné par ce critère.	NA	-
	Recueil, analyse et exploitation d'indicateurs et des événements indésirables.	NA	Le secteur d'activité des soins de suite n'est pas concerné par ce critère.		
	Actions visant à augmenter la disponibilité des lits.	NA	Le secteur d'activité des soins de suite n'est pas concerné par ce critère.		
PSY	Organisation permettant la connaissance des lits disponibles.	Oui		B	-
	Recueil, analyse et exploitation d'indicateurs et des événements indésirables.	En partie	L'établissement recueille des indicateurs et des événements indésirables. Leur analyse et leur exploitation est en cours de réalisation dans le cadre d'une étude conduite avec l'ANAP.		
	Actions visant à augmenter la disponibilité des lits.	Oui			
MCO	Organisation permettant la connaissance des lits disponibles.	Oui		B	-
	Recueil, analyse et exploitation d'indicateurs et des événements indésirables.	Oui			
	Actions visant à augmenter la disponibilité des lits.	En partie	Une organisation est en place permettant de considérer comme prioritaires les admissions réalisées en		

REFERENCE 23 : La prise en charge du patient se présentant pour une urgence				
Critère	23d : La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
		urgence. L'établissement a prévu de renforcer sa gestion centralisée des lits disponibles.		

REFERENCE 24 : L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé					
Critère		24a : Le patient et, s'il y a lieu, son entourage, sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Sensibilisation des professionnels à la nécessité d'impliquer le patient et son entourage dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique.	Oui		B	-
	Organisation permettant l'implication concrète du patient (contrats de soins, protocoles, etc.).	En partie	Les patients sont informés verbalement des soins donnés, leur implication est recherchée. Ces dispositions ne font pas l'objet de protocole ni d'une formalisation d'un contrat de soins.		
	Ajustement du projet thérapeutique en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier du patient du projet thérapeutique et de ses ajustements en précisant le point de vue du patient et, s'il y a lieu, de son entourage.	Oui			
PSY	Sensibilisation des professionnels à la nécessité d'impliquer le patient et son entourage dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique.	Oui		B	-
	Organisation permettant l'implication concrète du patient (contrats de soins, protocoles, etc.).	Oui			
	Ajustement du projet thérapeutique en fonction d'évaluations régulières de l'état de	Oui			

REFERENCE 24 : L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé					
Critère		24a : Le patient et, s'il y a lieu, son entourage, sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	santé du patient.				
	Traçabilité dans le dossier du patient du projet thérapeutique et de ses ajustements en précisant le point de vue du patient et, s'il y a lieu, de son entourage.	En partie	Le projet thérapeutique précisant le point de vue du patient est généralement tracé dans son dossier. Toutefois, le point de vue de l'entourage est rarement recherché et tracé.		
MCO	Sensibilisation des professionnels à la nécessité d'impliquer le patient et son entourage dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique.	Oui		C	
	Organisation permettant l'implication concrète du patient (contrats de soins, protocoles, etc.).	En partie	Les patients sont informés généralement verbalement des soins donnés, leur implication est recherchée. Ces dispositions ne font pas l'objet de protocole ni d'une formalisation d'un contrat de soins.		
	Ajustement du projet thérapeutique en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier du patient du projet thérapeutique et de ses ajustements en précisant le point de vue du patient et, s'il y a lieu, de son entourage.	En partie	Le projet thérapeutique initial est généralement tracé. Cependant, ses ajustements sont rarement formalisés.		

REFERENCE 24 : L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé

Critère	24b : Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.
----------------	---

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Recueil des données médicales du patient (traitements, autonomie, allergies, régime alimentaire, etc.).	Oui		A	-
	Recueil des données personnelles du patient (conditions sociales et familiales, convictions, etc.).	Oui			
	Coordination des professionnels y compris en amont de l'établissement (communication des informations, répartition des tâches, etc.).	Oui			
PSY	Recueil des données médicales du patient (traitements, autonomie, allergies, régime alimentaire, etc.).	Oui		A	-
	Recueil des données personnelles du patient (conditions sociales et familiales, convictions, etc.).	Oui			
	Coordination des professionnels y compris en amont de l'établissement (communication des informations, répartition des tâches, etc.).	Oui			
MCO	Recueil des données médicales du patient (traitements, autonomie, allergies, régime alimentaire, etc.).	Oui		A	-
	Recueil des données personnelles du patient (conditions sociales et familiales, convictions,	Oui			

REFERENCE 24 : L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé

Critère	24b : Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.
----------------	---

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	etc.).				
	Coordination des professionnels y compris en amont de l'établissement (communication des informations, répartition des tâches, etc.).	Oui			

REFERENCE 24 : L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé					
Critère		24c : La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Intégration de la réflexion bénéfice-risque dans l'élaboration du projet thérapeutique.	Oui		B	-
	Traçabilité de la réflexion bénéfice-risque dans le dossier du patient.	En partie	La traçabilité n'est assurée systématiquement dans le dossier du patient que pour les actes invasifs.		
PSY	Intégration de la réflexion bénéfice-risque dans l'élaboration du projet thérapeutique.	Oui		C	
	Traçabilité de la réflexion bénéfice-risque dans le dossier du patient.	Non	On ne retrouve pas de traçabilité de la réflexion bénéfice-risque dans les dossiers.		
MCO	Intégration de la réflexion bénéfice-risque dans l'élaboration du projet thérapeutique.	Oui		B	-
	Traçabilité de la réflexion bénéfice-risque dans le dossier du patient.	En partie	La réflexion bénéfice-risque est tracée dans le dossier du patient pour les actes invasifs. Dans les autres situations, elle fait rarement l'objet d'une traçabilité dans les dossiers de soins.		

REFERENCE 24 : L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé					
Critère		24d : La restriction de liberté de circulation du patient fait l'objet d'une information au patient et à son entourage, d'une prescription médicale écrite et d'une réévaluation périodique.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Identification de toutes les situations rendant nécessaire une restriction de liberté de circulation.	Oui		C	Ce critère a fait l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles. Le groupe de travail a défini un plan d'actions qui est en cours de mise en œuvre.
	Actions de sensibilisation ou de formation des professionnels.	Oui			
	Organisation de l'information au patient et à son entourage.	Oui			
	Prescription médicale écrite, datée et signée issue d'une réflexion d'équipe avec réévaluation à périodicité définie.	En partie	Les prescriptions médicales de restriction de liberté de circulation font l'objet d'une concertation pluridisciplinaire et sont généralement tracées. La périodicité de la réévaluation de ces prescriptions n'est pas définie.		
	Traçabilité de la réflexion et de l'information donnée au patient et à son entourage dans le dossier.	Non	L'examen des dossiers effectué lors de la visite n'a pas permis de constater la traçabilité de la réflexion et de la transmission de l'information donnée au patient et à son entourage.		
PSY	Identification de toutes les situations rendant nécessaire une restriction de liberté de circulation.	Oui		B	-
	Actions de sensibilisation ou de formation des professionnels.	Oui			

REFERENCE 24 : L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé					
Critère	24d : La restriction de liberté de circulation du patient fait l'objet d'une information au patient et à son entourage, d'une prescription médicale écrite et d'une réévaluation périodique.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Organisation de l'information au patient et à son entourage.	Oui			
	Prescription médicale écrite, datée et signée issue d'une réflexion d'équipe avec réévaluation à périodicité définie.	Oui			
	Traçabilité de la réflexion et de l'information donnée au patient et à son entourage dans le dossier.	Non	Il n'y a pas de traçabilité de la réflexion et de l'information donnée au patient et à son entourage.		
MCO	Identification de toutes les situations rendant nécessaire une restriction de liberté de circulation.	Oui		C	
	Actions de sensibilisation ou de formation des professionnels.	Oui			
	Organisation de l'information au patient et à son entourage.	Oui			
	Prescription médicale écrite, datée et signée issue d'une réflexion d'équipe avec réévaluation à périodicité définie.	En partie	La prescription médicale relative à la restriction de liberté est rarement écrite, datée et signée. La périodicité de la réévaluation de cette prescription n'est pas définie.		
	Traçabilité de la réflexion et de l'information donnée au patient et à son entourage dans le dossier.	Non	La traçabilité de la réflexion et de l'information donnée au patient et à son entourage est rarement réalisée.		

REFERENCE 24 : L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé					
Critère		24e : En unité de soins de longue durée, un projet de vie est individualisé pour chaque résident en prenant en compte ses souhaits.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Élaboration du projet de vie avec l'ensemble de l'équipe, le résident et son entourage.	NA	Ce critère est non applicable.	NA	-
	Traçabilité du projet de vie dans le dossier du résident.	NA	Ce critère est non applicable.		
	Élaboration du programme d'activité.	NA	Ce critère est non applicable.		
PSY	Élaboration du projet de vie avec l'ensemble de l'équipe, le résident et son entourage.	NA	Ce critère est non applicable.	NA	-
	Traçabilité du projet de vie dans le dossier du résident.	NA	Ce critère est non applicable.		
	Élaboration du programme d'activité.	NA	Ce critère est non applicable.		
MCO	Élaboration du projet de vie avec l'ensemble de l'équipe, le résident et son entourage.	NA	Ce critère est non applicable.	NA	-
	Traçabilité du projet de vie dans le dossier du résident.	NA	Ce critère est non applicable.		
	Élaboration du programme d'activité.	NA	Ce critère est non applicable.		

REFERENCE 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée					
Critère	25a : L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	Oui		A	-
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			
PSY	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	Oui		A	-
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			
MCO	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	Oui		A	-

REFERENCE 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée

Critère	25a : L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.
----------------	--

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			

REFERENCE 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée**Critère** 25b : Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	Oui		A	-
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			
PSY	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	Oui		A	-
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			
MCO	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	Oui		A	-

REFERENCE 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée**Critère** 25b : Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			

REFERENCE 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée**Critère** 25c : La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	En partie	L'information des professionnels est assurée et s'appuie sur les protocoles établis. Cependant, la formation des professionnels sur l'identification et la prise en charge des patients à risque est peu développée.	B	-
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			
PSY	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	En partie	L'information des professionnels est assurée et s'appuie sur les protocoles établis. Cependant, la formation des professionnels sur l'identification et la prise en charge des patients à risque est peu développée.	B	-
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise	Oui			

REFERENCE 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée				
Critère	25c : La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
en charge.				
MCO				
Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	En partie	L'information des professionnels est assurée et s'appuie sur les protocoles établis. Cependant, la formation des professionnels sur l'identification et la prise en charge des patients à risque est peu développée.	B	-
Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			
Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			

REFERENCE 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée**Critère** 25d : Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	En partie	L'information des professionnels est assurée de façon restreinte. La formation est seulement initiale pour la majorité des professionnels. L'établissement est en cours de mise en place d'une sensibilisation générale de ses professionnels, dans le cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques.	B	-
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			
PSY	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	En partie	L'information des professionnels est assurée de façon restreinte. La formation est seulement initiale pour la majorité des professionnels. L'établissement est en cours de mise en place d'une sensibilisation générale de ses professionnels dans le cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques.	B	-
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			

REFERENCE 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée					
Critère		25d : Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			
MCO	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	En partie	L'information des professionnels est assurée de façon restreinte. La formation est seulement initiale pour la majorité des professionnels. L'établissement est en cours de mise en place d'une sensibilisation générale de ses professionnels dans le cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques.	C	Une évaluation des pratiques professionnelles a été conduite sur ce thème par un groupe de travail. Le plan d'actions relatif à cette dernière est en cours de mise en œuvre.
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	En partie	L'identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière est assurée, mais seulement de façon a posteriori. Les services n'assurent que rarement un dépistage a priori de ces patients.		
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	En partie	La prise en charge des patients à risques est organisée de façon a posteriori ; celle-ci est par ailleurs rarement formalisée.		
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			

REFERENCE 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée					
Critère	25e : Le risque suicidaire est pris en compte.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	Non	L'établissement n'a pas mis en œuvre de disposition de formation relative à l'identification et à la prise en charge des patients à risque.	B	-
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			
PSY	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	En partie	Les professionnels sont informés, mais il n'existe pas de formation concernant l'identification et la prise en charge des patients à risque suicidaire.	B	-
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			
MCO	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	Oui		A	-

REFERENCE 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée**Critère** 25e : Le risque suicidaire est pris en compte.

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			

REFERENCE 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée					
Critère	25f : Les escarres font l'objet d'une prévention.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	Oui		A	-
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			
PSY	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	Oui		A	-
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			
MCO	Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charges des patients à risque.	Oui		A	-

REFERENCE 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée**Critère** 25f : Les escarres font l'objet d'une prévention.

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	Oui			
	Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	Oui			

REFERENCE 26 : La prise en charge de la douleur					
Critère	26a : La prise en charge de la douleur est assurée.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation permettant la prévention, l'évaluation et la prise en charge systématiques de la douleur (CLUD ou structure équivalente, consultations spécialisées, référents, outils et méthodes, etc.).	Oui		B	-
	Élaboration de protocoles et procédures sur la base des recommandations de bonnes pratiques.	Oui			
	Évaluation du respect de la mise en oeuvre des protocoles et procédures.	Non	Un groupe de travail a mis en oeuvre une évaluation des pratiques professionnelles (analyse rétrospective sur dossiers) sur la prise en charge de l'évaluation de la douleur. Cette évaluation n'a pas concerné le secteur de rééducation.		
PSY	Organisation permettant la prévention, l'évaluation et la prise en charge systématiques de la douleur (CLUD ou structure équivalente, consultations spécialisées, référents, outils et méthodes, etc.).	Oui		B	-
	Élaboration de protocoles et procédures sur la base des recommandations de bonnes pratiques.	Oui			
	Évaluation du respect de la mise en oeuvre des protocoles et procédures.	Non	Le secteur d'activité de la santé mentale n'a pas réalisé d'évaluation du respect		

REFERENCE 26 : La prise en charge de la douleur				
Critère	26a : La prise en charge de la douleur est assurée.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
		de la mise en œuvre des protocoles et procédures relatifs à la douleur.		
MCO	Organisation permettant la prévention, l'évaluation et la prise en charge systématiques de la douleur (CLUD ou structure équivalente, consultations spécialisées, référents, outils et méthodes, etc.).	Oui		B
	Élaboration de protocoles et procédures sur la base des recommandations de bonnes pratiques.	Oui		
	Évaluation du respect de la mise en œuvre des protocoles et procédures.	En partie	Un groupe de travail a conduit une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles sur la prise en charge de la douleur dans les services de chirurgie et de médecine. Le plan d'actions de cette évaluation est en cours de mise en œuvre.	

REFERENCE 26 : La prise en charge de la douleur					
Critère	26b : Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Information du patient sur la prise en charge de sa douleur.	Oui		B	-
	Mise à disposition d'outils de mesure de la douleur adaptés aux patients (enfants, personnes non communicantes, etc.).	Oui			
	Traçabilité dans le dossier du patient de la mesure et du suivi de l'intensité de la douleur.	En partie	La traçabilité de la mesure et du suivi de l'intensité de la douleur est rarement retrouvée dans les dossiers.		
	Mesure et analyse de la satisfaction du patient.	Oui			
	Actions d'amélioration.	Oui			
PSY	Information du patient sur la prise en charge de sa douleur.	Oui		C	
	Mise à disposition d'outils de mesure de la douleur adaptés aux patients (enfants, personnes non communicantes, etc.).	Oui			
	Traçabilité dans le dossier du patient de la mesure et du suivi de l'intensité de la douleur.	Non	La douleur exprimée par un patient est notée dans son dossier. Cependant, le suivi de son intensité est rarement tracé. Les outils mis à disposition du CLUD ne sont pas utilisés.		

REFERENCE 26 : La prise en charge de la douleur					
Critère	26b : Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Mesure et analyse de la satisfaction du patient.	En partie	Il existe un item dans le questionnaire de sortie qui permet de recueillir l'avis du patient. Cependant, le faible retour des questionnaires de sortie en santé mentale ne permet pas une analyse significative de cette satisfaction.		
	Actions d'amélioration.	Non	Le secteur d'activité de la santé mentale n'a pas défini d'actions d'amélioration dans ce domaine.		
MCO	Information du patient sur la prise en charge de sa douleur.	Oui		B	-
	Mise à disposition d'outils de mesure de la douleur adaptés aux patients (enfants, personnes non communicantes, etc.).	Oui			
	Traçabilité dans le dossier du patient de la mesure et du suivi de l'intensité de la douleur.	En partie	La traçabilité de la mesure et du suivi de l'intensité de la douleur est rarement assurée dans les dossiers.		
	Mesure et analyse de la satisfaction du patient.	En partie	Une enquête ponctuelle a été réalisée en postopératoire lors des césariennes et des accouchements. Par ailleurs, il existe un item dans le questionnaire de sortie qui permet de recueillir l'avis du patient. Cependant, le faible retour des questionnaires de sortie ne permet pas une analyse significative de cette		

REFERENCE 26 : La prise en charge de la douleur				
Critère	26b : Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
		satisfaction.		
Actions d'amélioration.	Oui			

REFERENCE 26 : La prise en charge de la douleur					
Critère		26c : Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Identification des besoins en formation.	Oui		B	-
	Organisation d'actions de formation.	Oui			
	Mesure de l'efficacité du programme de formation et réajustements.	En partie	La direction des ressources humaines met en œuvre une évaluation des actions de formation, mais la mesure de l'efficacité du programme n'est pas réalisée.		
PSY	Identification des besoins en formation.	Oui		B	-
	Organisation d'actions de formation.	Oui			
	Mesure de l'efficacité du programme de formation et réajustements.	En partie	La direction des ressources humaines met en œuvre une évaluation des actions de formation, mais la mesure de l'efficacité du programme n'est pas réalisée.		
MCO	Identification des besoins en formation.	Oui		B	-
	Organisation d'actions de formation.	Oui			
	Mesure de l'efficacité du programme de formation et réajustements.	En partie	La direction des ressources humaines met en œuvre une évaluation des		

REFERENCE 26 : La prise en charge de la douleur				
Critère	26c : Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
		actions de formation, mais la mesure de l'efficacité du programme n'est pas réalisée.		

REFERENCE 27 : La continuité des soins					
Critère		27a : Des règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination sont mises en oeuvre pour assurer la continuité des soins.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Planning de présence, gardes et astreintes, prévision et organisation des remplacements.	Oui		A	-
	Définition de moyens de coordination (supports, temps de réunion, temps de transmission, etc.).	Oui			
	Mise en oeuvre de règles de coordination entre tous les intervenants de la prise en charge.	Oui			
	Recueil des dysfonctionnements.	Oui			
PSY	Planning de présence, gardes et astreintes, prévision et organisation des remplacements.	Oui		A	-
	Définition de moyens de coordination (supports, temps de réunion, temps de transmission, etc.).	Oui			
	Mise en oeuvre de règles de coordination entre tous les intervenants de la prise en charge.	Oui			
	Recueil des dysfonctionnements.	Oui			
MCO	Planning de présence, gardes et astreintes, prévision et organisation des remplacements.	Oui		B	-
	Définition de moyens de coordination (supports, temps de réunion, temps de	Oui			

REFERENCE 27 : La continuité des soins					
Critère	27a : Des règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination sont mises en oeuvre pour assurer la continuité des soins.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	transmission, etc.).				
	Mise en oeuvre de règles de coordination entre tous les intervenants de la prise en charge.	Oui			
	Recueil des dysfonctionnements.	En partie	Les dysfonctionnements en matière de continuité des soins font l'objet de débats en réunions de service, mais sont rarement recueillis de façon formelle.		

REFERENCE 27 : La continuité des soins					
Critère	27b : La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Formation des personnels à la conduite à tenir en cas d'urgence vitale (connaissance de la procédure d'appel des personnes-ressources et des premiers gestes de secours, etc.).	En partie	le plan de formation prévoit des actions relatives aux gestes d'urgence. Cependant, tous les personnels du secteur des soins de suite n'ont pas bénéficié de cette formation.	B	-
	Maintenance à périodicité définie du matériel d'urgence dans les services et sécurisation d'accès au chariot d'urgence.	Oui			
	Analyse des dysfonctionnements et mesures correctives éventuelles.	Oui			
PSY	Formation des personnels à la conduite à tenir en cas d'urgence vitale (connaissance de la procédure d'appel des personnes-ressources et des premiers gestes de secours, etc.).	En partie	Les professionnels connaissent la procédure d'appel en cas d'urgence vitale. Cependant, ils ne sont pas tous formés aux gestes d'urgence.	B	-
	Maintenance à périodicité définie du matériel d'urgence dans les services et sécurisation d'accès au chariot d'urgence.	Oui			
	Analyse des dysfonctionnements et mesures correctives éventuelles.	Oui			
MCO	Formation des personnels à la conduite à tenir en cas d'urgence vitale (connaissance de la procédure d'appel des personnes-ressources et des premiers gestes de secours, etc.).	En partie	Le plan de formation prévoit des actions relatives à la prise en charge des urgences vitales. Cependant, la formation à l'utilisation des défibrillateurs n'est pas réalisée.	B	-

REFERENCE 27 : La continuité des soins					
Critère	27b : La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Maintenance à périodicité définie du matériel d'urgence dans les services et sécurisation d'accès au chariot d'urgence.	Oui			
	Analyse des dysfonctionnements et mesures correctives éventuelles.	Oui			

REFERENCE 28 : Le dossier du patient					
Critère	28a : Les règles de tenue du dossier sont connues et appliquées par les différents intervenants.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Protocole de tenue du dossier (contenu du dossier et pièces définies par la réglementation, responsabilités de chaque acteur, etc.).	Oui		B	-
	Information des professionnels sur les règles de tenue du dossier.	Oui			
	Évaluation de l'application de ces règles par les différents intervenants.	Non	Il n'y a pas eu d'évaluation réalisée pour le secteur des soins de suite.		
PSY	Protocole de tenue du dossier (contenu du dossier et pièces définies par la réglementation, responsabilités de chaque acteur, etc.).	Oui		B	-
	Information des professionnels sur les règles de tenue du dossier.	Oui			
	Évaluation de l'application de ces règles par les différents intervenants.	Non	Il n'y a eu pas d'évaluation de l'application de ces règles pour le secteur d'activité de la santé mentale.		
MCO	Protocole de tenue du dossier (contenu du dossier et pièces définies par la réglementation, responsabilités de chaque acteur, etc.).	Oui		A	-
	Information des professionnels sur les règles de tenue du dossier.	Oui			

REFERENCE 28 : Le dossier du patient				
Critère	28a : Les règles de tenue du dossier sont connues et appliquées par les différents intervenants.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
Évaluation de l'application de ces règles par les différents intervenants.	Oui			

REFERENCE 28 : Le dossier du patient					
Critère		28b : L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Traçabilité des actes thérapeutiques et diagnostiques réalisés par les professionnels.	Oui		A	-
	Traçabilité des informations actualisées sur l'évolution de l'état de santé du patient.	Oui			
	Organisation pour intégrer dans le dossier du patient les informations fournies après sa sortie par les professionnels concernés (médecins, secrétariats, personnel des archives, etc.), y compris par les correspondants externes à l'établissement.	Oui			
PSY	Traçabilité des actes thérapeutiques et diagnostiques réalisés par les professionnels.	Oui		A	-
	Traçabilité des informations actualisées sur l'évolution de l'état de santé du patient.	Oui			
	Organisation pour intégrer dans le dossier du patient les informations fournies après sa sortie par les professionnels concernés (médecins, secrétariats, personnel des archives, etc.), y compris par les correspondants externes à l'établissement.	Oui			
MCO	Traçabilité des actes thérapeutiques et diagnostiques réalisés par les professionnels.	En partie	Les actes thérapeutiques et diagnostiques sont généralement tracés dans les différents supports du dossier du patient : dossier « papier » ou	B	-

REFERENCE 28 : Le dossier du patient					
Critère	28b : L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
			dossier informatisé. Néanmoins, l'interprétation de certains actes, ECG ou radiographie, est rarement tracée.		
	Traçabilité des informations actualisées sur l'évolution de l'état de santé du patient.	Oui			
	Organisation pour intégrer dans le dossier du patient les informations fournies après sa sortie par les professionnels concernés (médecins, secrétariats, personnel des archives, etc.), y compris par les correspondants externes à l'établissement.	Oui			

REFERENCE 28 : Le dossier du patient					
Critère		28c : L'information contenue dans le dossier du patient est accessible, en temps utile, aux professionnels en charge du patient.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation permettant la localisation du dossier en temps réel.	Oui		B	-
	Organisation de l'archivage permettant la permanence d'accès aux informations (accessibilité des données issues de consultations ou hospitalisations antérieures 24 heures/24, etc.).	Oui			
	Organisation de la communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes (règles, catégories professionnelles habilitées à accéder au dossier, etc.).	Oui			
	Information des professionnels sur ces modalités.	Oui			
	Évaluation de l'organisation mise en place.	Non	L'organisation en place n'a pas été évaluée.		
PSY	Organisation permettant la localisation du dossier en temps réel.	Oui		B	-
	Organisation de l'archivage permettant la permanence d'accès aux informations (accessibilité des données issues de consultations ou hospitalisations antérieures 24 heures/24, etc.).	En partie	L'archivage est organisé, mais ne permet pas l'accès aux données 24 heures sur 24, notamment pour les dossiers qui se trouvent sur les structures extrahospitalières.		

REFERENCE 28 : Le dossier du patient					
Critère	28c : L'information contenue dans le dossier du patient est accessible, en temps utile, aux professionnels en charge du patient.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Organisation de la communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes (règles, catégories professionnelles habilitées à accéder au dossier, etc.).	Oui			
	Information des professionnels sur ces modalités.	Oui			
	Évaluation de l'organisation mise en place.	Non	Il n'y a pas d'évaluation de l'organisation mise en place.		
MCO	Organisation permettant la localisation du dossier en temps réel.	Oui		B	-
	Organisation de l'archivage permettant la permanence d'accès aux informations (accessibilité des données issues de consultations ou hospitalisations antérieures 24 heures/24, etc.).	Oui			
	Organisation de la communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes (règles, catégories professionnelles habilitées à accéder au dossier, etc.).	Oui			
	Information des professionnels sur ces modalités.	Oui			

REFERENCE 28 : Le dossier du patient					
Critère		28c : L'information contenue dans le dossier du patient est accessible, en temps utile, aux professionnels en charge du patient.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Évaluation de l'organisation mise en place.	Non	L'organisation en place n'a pas été évaluée.		

REFERENCE 28 : Le dossier du patient					
Critère	28d : L'accès au dossier du patient est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation de l'accès du patient et des personnes habilitées au dossier (identification des personnes habilitées, formation des personnels, procédure, etc.).	Oui		B	-
	Information du patient, de ses ayants droit et des personnes habilitées.	Oui			
	Évaluation de l'application de ces règles.	Non	L'établissement n'a pas réalisé d'évaluation de l'application de ces règles pour le secteur des soins de suite.		
PSY	Organisation de l'accès du patient et des personnes habilitées au dossier (identification des personnes habilitées, formation des personnels, procédure, etc.).	Oui		A	-
	Information du patient, de ses ayants droit et des personnes habilitées.	Oui			
	Évaluation de l'application de ces règles.	Oui			
MCO	Organisation de l'accès du patient et des personnes habilitées au dossier (identification des personnes habilitées, formation des personnels, procédure, etc.).	Oui		B	-
	Information du patient, de ses ayants droit et des personnes habilitées.	Oui			

REFERENCE 28 : Le dossier du patient				
Critère	28d : L'accès au dossier du patient est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
Évaluation de l'application de ces règles.	Non	L'établissement n'a pas réalisé d'évaluation de l'application de ces règles.		

REFERENCE 29 : Le fonctionnement des laboratoires					
Critère	29a : La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Justification des examens prescrits (fiche de renseignements cliniques, réflexion bénéfico-risque, évaluation de l'état du patient, etc.).	Oui		B	-
	Prescription médicale écrite, datée, signée, systématiquement, pour tout acte d'analyse.	Oui			
	Analyse de conformité des fiches de prescription.	Non	Pour le secteur des soins de suite, aucune analyse de conformité des fiches de prescription n'est réalisée.		
PSY	Justification des examens prescrits (fiche de renseignements cliniques, réflexion bénéfico-risque, évaluation de l'état du patient, etc.).	Non	La prescription des examens est réalisée au moyen du logiciel de gestion du dossier patient. Cependant, ce dernier ne prévoit pas « d'espace d'écriture » permettant la justification des examens prescrits.	B	-
	Prescription médicale écrite, datée, signée, systématiquement, pour tout acte d'analyse.	Oui			
	Analyse de conformité des fiches de prescription.	Oui			
MCO	Justification des examens prescrits (fiche de renseignements cliniques, réflexion bénéfico-risque, évaluation de l'état du patient, etc.).	Non	Les demandes d'examens arrivent au laboratoire au moyen de bons renseignés manuellement. Ces demandes ne sont pas complétées par une fiche de renseignement clinique et ne sont pas signées par un médecin.	B	-

REFERENCE 29 : Le fonctionnement des laboratoires					
Critère	29a : La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Prescription médicale écrite, datée, signée, systématiquement, pour tout acte d'analyse.	Oui			
	Analyse de conformité des fiches de prescription.	Oui			

REFERENCE 29 : Le fonctionnement des laboratoires					
Critère	29b : Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Accréditation, certification externe ou démarche qualité dans le secteur des laboratoires.	Oui		B	-
	Concertation entre secteurs d'activité clinique et biologique (réunions régulières, notes d'information, contrats interservices, etc.).	Oui			
	Conventions pour les examens réalisés à l'extérieur de l'établissement de santé.	Oui			
	Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, au transport et à la réception des prélèvements.	Oui			
	Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, la validation et l'interprétation des examens.	En partie	Les règles relatives à la réalisation, à la validation et à l'interprétation des examens étaient en cours de formalisation au moment de la visite.		
	Évaluation du dispositif mis en oeuvre.	Non	L'établissement n'a pas réalisé d'évaluation du dispositif mis en œuvre.		
PSY	Accréditation, certification externe ou démarche qualité dans le secteur des laboratoires.	Oui		B	-
	Concertation entre secteurs d'activité clinique et biologique (réunions régulières, notes d'information, contrats interservices, etc.).	Oui			

REFERENCE 29 : Le fonctionnement des laboratoires					
Critère	29b : Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Conventions pour les examens réalisés à l'extérieur de l'établissement de santé.	Oui			
	Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, au transport et à la réception des prélèvements.	Oui			
	Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, la validation et l'interprétation des examens.	En partie	Les règles relatives à la réalisation, à la validation et à l'interprétation des examens étaient en cours de formalisation au moment de la visite.		
	Évaluation du dispositif mis en oeuvre.	Non	L'établissement n'a pas mis en œuvre d'évaluation du dispositif.		
MCO	Accréditation, certification externe ou démarche qualité dans le secteur des laboratoires.	Oui		B	-
	Concertation entre secteurs d'activité clinique et biologique (réunions régulières, notes d'information, contrats interservices, etc.).	Oui			
	Conventions pour les examens réalisés à l'extérieur de l'établissement de santé.	Oui			
	Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, au transport et à la réception des prélèvements.	Oui			

REFERENCE 29 : Le fonctionnement des laboratoires					
Critère	29b : Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, la validation et l'interprétation des examens.	En partie	Les règles relatives à la réalisation, à la validation et à l'interprétation des examens étaient en cours de formalisation au moment de la visite.		
	Évaluation du dispositif mis en oeuvre.	Non	L'établissement n'a pas mis en œuvre d'évaluation du dispositif.		

REFERENCE 29 : Le fonctionnement des laboratoires					
Critère	29c : La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Définition et formalisation des modalités de transmission des résultats (notamment urgence, résultats critiques, etc.).	Oui		B	-
	Évaluation des délais de transmission des résultats.	Oui			
	Enquêtes de satisfaction des utilisateurs.	Non	Le laboratoire ne réalise pas d'enquête de satisfaction de ses utilisateurs.		
PSY	Définition et formalisation des modalités de transmission des résultats (notamment urgence, résultats critiques, etc.).	Oui		B	-
	Évaluation des délais de transmission des résultats.	Oui			
	Enquêtes de satisfaction des utilisateurs.	Non	Le laboratoire ne réalise pas d'enquête de satisfaction de ses utilisateurs.		
MCO	Définition et formalisation des modalités de transmission des résultats (notamment urgence, résultats critiques, etc.).	En partie	Les modalités de transmission des résultats sont définies mais ne sont pas formalisées.	B	-
	Évaluation des délais de transmission des résultats.	Non	Les délais de transmissions des résultats ne sont pas évalués.		
	Enquêtes de satisfaction des utilisateurs.	Non	Le laboratoire ne réalise pas d'enquête de satisfaction de ses utilisateurs.		

REFERENCE 30 : Le fonctionnement des secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle					
Critère	30a : La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Justification des examens prescrits (fiche de renseignements cliniques, réflexion bénéfico-risque, évaluation de l'état du patient, etc.).	Oui		B	-
	Prescription médicale écrite, datée, signée, systématiquement, pour tout acte d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.	Oui			
	Analyse de conformité des fiches de prescription.	Non	Aucune analyse de conformité des fiches de prescription n'a été réalisée par l'établissement.		
PSY	Justification des examens prescrits (fiche de renseignements cliniques, réflexion bénéfico-risque, évaluation de l'état du patient, etc.).	Oui		B	-
	Prescription médicale écrite, datée, signée, systématiquement, pour tout acte d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.	Oui			
	Analyse de conformité des fiches de prescription.	En partie	En cas de problème relatif à la prescription, un contact téléphonique se fait entre médecins. Cependant, il n'y a pas d'analyse de conformité formalisée.		
MCO	Justification des examens prescrits (fiche de renseignements cliniques, réflexion bénéfico-risque, évaluation de l'état du patient, etc.).	Oui		B	-

REFERENCE 30 : Le fonctionnement des secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle					
Critère		30a : La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Prescription médicale écrite, datée, signée, systématiquement, pour tout acte d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.	Oui			
	Analyse de conformité des fiches de prescription.	En partie	L'analyse de conformité est rarement réalisée.		

REFERENCE 30 : Le fonctionnement des secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle**Critère** 30b : Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Certification externe ou démarche qualité dans le secteur d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.	En partie	Il n'y a pas de démarche qualité organisée, conduite dans le service, du fait de l'absence de médecins radiologues titulaires. Des actions sont réalisées pour assurer la bonne exécution des examens, notamment en ce qui concerne la qualification des matériels utilisés.	C	
	Concertation entre secteurs d'activité clinique et secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle (réunions régulières, notes d'information, contrats interservices, etc.).	En partie	Du fait de l'absence de médecins radiologues titulaires, la concertation avec les services n'est pas structurée ; le cas échéant, des réunions sont organisées sur des sujets de fonctionnement interservices.		
	Conventions pour les examens réalisés à l'extérieur de l'établissement de santé.	Oui			
	Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, au transport et à la réception des examens.	Non	La formalisation des règles relatives à la réalisation au transport et à la réception des examens n'est pas réalisée.		
	Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, la validation et l'interprétation des examens.	Non	Des règles sont appliquées pour la réalisation et la validation des examens, toutefois, elles ne sont pas formalisées.		
	Évaluation du dispositif mis en oeuvre.	Non	L'établissement n'a pas conduit d'évaluation sur le fonctionnement du secteur d'imagerie.		

REFERENCE 30 : Le fonctionnement des secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle**Critère** 30b : Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
PSY	Certification externe ou démarche qualité dans le secteur d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.	En partie	Il n'y a pas de démarche qualité organisée conduite dans le service du fait de l'absence de médecins radiologues titulaires. Des actions sont réalisées pour assurer la bonne exécution des examens, notamment en ce qui concerne la qualification des matériels utilisés.	C	
	Concertation entre secteurs d'activité clinique et secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle (réunions régulières, notes d'information, contrats interservices, etc.).	Oui			
	Conventions pour les examens réalisés à l'extérieur de l'établissement de santé.	Oui			
	Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, au transport et à la réception des examens.	En partie	Les règles relatives à la réalisation, au transport et à la réception des examens sont connues des services, mais elles ne sont pas formalisées.		
	Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, la validation et l'interprétation des examens.	En partie	Les règles relatives à la réalisation, la validation et l'interprétation des examens sont connues des services, mais ne sont pas formalisées.		
	Évaluation du dispositif mis en oeuvre.	Non	L'établissement n'a pas conduit d'évaluation sur le fonctionnement du secteur d'imagerie.		

REFERENCE 30 : Le fonctionnement des secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle**Critère** 30b : Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Certification externe ou démarche qualité dans le secteur d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.	En partie	Il n'y a pas de démarche qualité organisée conduite dans le service du fait de l'absence de médecins radiologues titulaires. Des actions sont réalisées pour assurer la bonne exécution des examens, notamment en ce qui concerne la qualification des matériels utilisés.	C	
	Concertation entre secteurs d'activité clinique et secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle (réunions régulières, notes d'information, contrats interservices, etc.).	En partie	Du fait de l'absence de médecins radiologues titulaires, la concertation avec les services n'est pas structurée ; le cas échéant, des réunions sont organisées sur des sujets de fonctionnement interservices.		
	Conventions pour les examens réalisés à l'extérieur de l'établissement de santé.	Oui			
	Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, au transport et à la réception des examens.	Non	La formalisation des règles relatives à la réalisation au transport et à la réception des examens n'est pas réalisée.		
	Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, la validation et l'interprétation des examens.	En partie	Des règles sont appliquées pour la réalisation et la validation des examens, toutefois, elles ne sont pas formalisées.		
	Évaluation du dispositif mis en oeuvre.	Non	L'établissement n'a pas conduit d'évaluation sur le fonctionnement du secteur d'imagerie.		

REFERENCE 30 : Le fonctionnement des secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle					
Critère		30c : La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Définition et formalisation des modalités de transmission des résultats (notamment urgence, résultats critiques, etc.).	En partie	Les modalités de transmission des résultats sont définies, mais ne sont pas formalisées.	C	
	Évaluation des délais de transmission des résultats.	Non	Les délais de transmission des résultats ne sont pas évalués.		
	Enquêtes de satisfaction des utilisateurs.	Non	Le secteur d'imagerie médicale n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction des utilisateurs.		
PSY	Définition et formalisation des modalités de transmission des résultats (notamment urgence, résultats critiques, etc.).	En partie	Les modalités de transmission des résultats sont définies, mais ne sont pas formalisées.	C	
	Évaluation des délais de transmission des résultats.	Non	Les délais de transmission des résultats ne sont pas évalués.		
	Enquêtes de satisfaction des utilisateurs.	Non	Le secteur d'imagerie médicale n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction des utilisateurs.		
MCO	Définition et formalisation des modalités de transmission des résultats (notamment urgence, résultats critiques, etc.).	En partie	Les modalités de transmission des résultats sont définies, mais ne sont pas formalisées.	C	Un projet de télémedecine en collaboration avec le CHU de Nîmes est en cours.
	Évaluation des délais de transmission des résultats.	Non	Les délais de transmission des résultats ne sont pas évalués.		
	Enquêtes de satisfaction des utilisateurs.	Non	Le secteur d'imagerie médicale n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction des		

REFERENCE 30 : Le fonctionnement des secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle

Critère	30c : La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais.
----------------	---

Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
		utilisateurs.		

REFERENCE 31 : L'organisation du circuit du médicament					
Critère	31a : Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Systématisation d'une prescription médicale écrite, datée et signée.	Oui		A	-
	Prescription médicale écrite a posteriori des prescriptions orales dans le cadre d'une urgence vitale.	Oui			
	Mise à disposition des professionnels d'outils actualisés et validés (livret thérapeutique, monographies, recommandations, protocoles, etc.).	Oui			
	Définition de règles pour l'utilisation des médicaments personnels (reconduction des traitements antérieurs du patient dans le dossier du patient, administration, stocks, responsabilité, etc.).	Oui			
	Recueil et analyse des événements indésirables.	Oui			
PSY	Systématisation d'une prescription médicale écrite, datée et signée.	Oui		A	-
	Prescription médicale écrite a posteriori des prescriptions orales dans le cadre d'une urgence vitale.	Oui			
	Mise à disposition des professionnels d'outils actualisés et validés (livret thérapeutique,	Oui			

REFERENCE 31 : L'organisation du circuit du médicament					
Critère	31a : Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	monographies, recommandations, protocoles, etc.).				
	Définition de règles pour l'utilisation des médicaments personnels (reconduction des traitements antérieurs du patient dans le dossier du patient, administration, stocks, responsabilité, etc.).	Oui			
	Recueil et analyse des événements indésirables.	Oui			
MCO	Systematisation d'une prescription médicale écrite, datée et signée.	En partie	Les prescriptions médicales sont généralement écrites, datées et signées. L'examen des dossiers a permis de constater qu'il existait encore des situations où les prescriptions médicales ne respectaient pas ces trois conditions, notamment dans les cas où le dossier informatisé n'était pas utilisé.	B	-
	Prescription médicale écrite a posteriori des prescriptions orales dans le cadre d'une urgence vitale.	Oui			
	Mise à disposition des professionnels d'outils actualisés et validés (livret thérapeutique, monographies, recommandations, protocoles, etc.).	Oui			

REFERENCE 31 : L'organisation du circuit du médicament**Critère** **31a : Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées.**

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Définition de règles pour l'utilisation des médicaments personnels (reconduction des traitements antérieurs du patient dans le dossier du patient, administration, stocks, responsabilité, etc.).	Oui			
	Recueil et analyse des événements indésirables.	Oui			

REFERENCE 31 : L'organisation du circuit du médicament**Critère** **31b : Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.**

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Validation par le pharmacien des prescriptions et du traitement complet du patient.	Oui		A	-
	Délivrance nominative des médicaments par le personnel de la pharmacie à usage intérieur ou de la pharmacie d'officine, hors cadre de l'urgence.	Oui			
	Préparation des médicaments non prêts à l'emploi, sous responsabilité d'un pharmacien, dans le respect des Bonnes Pratiques de Fabrication (médicaments radio pharmaceutiques, anticancéreux, préparations pédiatriques, etc.).	NA	Le secteur d'activité des soins de suite n'est pas concerné par ce critère.		
	Conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant, comportant leur dénomination jusqu'au moment de l'administration.	Oui			
	Sécurisation du transport des médicaments.	Oui			
	Recueil et analyse des événements indésirables.	Oui			
PSY	Validation par le pharmacien des prescriptions et du traitement complet du patient.	Oui		A	-
	Délivrance nominative des médicaments par le personnel de la pharmacie à usage intérieur ou de la pharmacie d'officine, hors cadre de	Oui			

REFERENCE 31 : L'organisation du circuit du médicament					
Critère	31b : Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	l'urgence.				
	Préparation des médicaments non prêts à l'emploi, sous responsabilité d'un pharmacien, dans le respect des Bonnes Pratiques de Fabrication (médicaments radio pharmaceutiques, anticancéreux, préparations pédiatriques, etc.).	Oui			
	Conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant, comportant leur dénomination jusqu'au moment de l'administration.	Oui			
	Sécurisation du transport des médicaments.	Oui			
	Recueil et analyse des événements indésirables.	Oui			
MCO	Validation par le pharmacien des prescriptions et du traitement complet du patient.	Oui		A	-
	Délivrance nominative des médicaments par le personnel de la pharmacie à usage intérieur ou de la pharmacie d'officine, hors cadre de l'urgence.	Oui			
	Préparation des médicaments non prêts à l'emploi, sous responsabilité d'un pharmacien, dans le respect des Bonnes Pratiques de	Oui			

REFERENCE 31 : L'organisation du circuit du médicament**Critère** **31b : Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.**

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Fabrication (médicaments radio pharmaceutiques, anticancéreux, préparations pédiatriques, etc.).				
	Conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant, comportant leur dénomination jusqu'au moment de l'administration.	Oui			
	Sécurisation du transport des médicaments.	Oui			
	Recueil et analyse des événements indésirables.	Oui			

REFERENCE 31 : L'organisation du circuit du médicament					
Critère	31c : Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Administration des médicaments par des professionnels habilités.	Oui		A	-
	Retour d'information aux médecins et aux pharmaciens, quant aux problèmes survenus lors de l'administration (motif de non-administration, non-disponibilité du médicament, etc.).	Oui			
	Traçabilité de l'administration des médicaments sur un support unique de prescription et d'administration, dans le dossier du patient, au moment de la prise.	Oui			
	Recueil et analyse des événements indésirables.	Oui			
PSY	Administration des médicaments par des professionnels habilités.	Oui		B	-
	Retour d'information aux médecins et aux pharmaciens, quant aux problèmes survenus lors de l'administration (motif de non-administration, non-disponibilité du médicament, etc.).	Oui			
	Traçabilité de l'administration des médicaments sur un support unique de prescription et d'administration, dans le	En partie	L'administration des médicaments est systématiquement tracée pour toutes les structures où la prescription		

REFERENCE 31 : L'organisation du circuit du médicament					
Critère	31c : Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	dossier du patient, au moment de la prise.		médicale utilise le logiciel de gestion du dossier. Cependant, à l'UCSA et à l'hôpital de jour adulte, on ne retrouve pas de traçabilité de l'administration du médicament par patient, ces structures n'étant pas connectées au système informatique.		
	Recueil et analyse des événements indésirables.	Oui			
MCO	Administration des médicaments par des professionnels habilités.	Oui		B	-
	Retour d'information aux médecins et aux pharmaciens, quant aux problèmes survenus lors de l'administration (motif de non-administration, non-disponibilité du médicament, etc.).	Oui			
	Traçabilité de l'administration des médicaments sur un support unique de prescription et d'administration, dans le dossier du patient, au moment de la prise.	En partie	L'administration des médicaments est systématiquement tracée pour toutes les structures où la prescription médicale utilise le logiciel de gestion du dossier. Cependant, à l'UCSA et à l'hôpital de jour adulte, on ne retrouve pas de traçabilité de l'administration du médicament par patient, ces structures n'étant pas connectées au système		

REFERENCE 31 : L'organisation du circuit du médicament				
Critère	31c : Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
		informatique.		
		Recueil et analyse des événements indésirables.	Oui	

REFERENCE 31 : L'organisation du circuit du médicament					
Critère	31d : Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment par un personnel habilité.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation de la permanence pharmaceutique éventuellement par convention entre établissements de santé et/ou pharmacie d'officine.	Oui		A	-
	Sécurisation de l'accès de la pharmacie, réservé au seul personnel habilité par le pharmacien.	Oui			
	Organisation de l'accès aux médicaments prescrits en urgence.	Oui			
	Connaissance par les professionnels des modalités d'accès.	Oui			
PSY	Organisation de la permanence pharmaceutique éventuellement par convention entre établissements de santé et/ou pharmacie d'officine.	Oui		A	-
	Sécurisation de l'accès de la pharmacie, réservé au seul personnel habilité par le pharmacien.	Oui			
	Organisation de l'accès aux médicaments prescrits en urgence.	Oui			
	Connaissance par les professionnels des modalités d'accès.	Oui			

REFERENCE 31 : L'organisation du circuit du médicament					
Critère	31d : Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment par un personnel habilité.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Organisation de la permanence pharmaceutique éventuellement par convention entre établissements de santé et/ou pharmacie d'officine.	Oui		A	-
	Sécurisation de l'accès de la pharmacie, réservé au seul personnel habilité par le pharmacien.	Oui			
	Organisation de l'accès aux médicaments prescrits en urgence.	Oui			
	Connaissance par les professionnels des modalités d'accès.	Oui			

REFERENCE 32 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle					
Critère	32a : Toutes les activités interventionnelles sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité cliniques, en intégrant les urgences éventuelles.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Conseil de bloc (ou structure équivalente), actif et reconnu.	NA	Il n'existe pas d'activité interventionnelle dans le secteur des soins de suite ; le cas échéant, les patients sont transférés en court séjour.	NA	-
	Charte de bloc, règlement intérieur ou document équivalent.	NA	Ce critère est non applicable.		
	Concertation interprofessionnelle dans la planification des activités interventionnelles.	NA	Ce critère est non applicable.		
	Suivi d'indicateurs de fonctionnement.	NA	Ce critère est non applicable.		
PSY	Conseil de bloc (ou structure équivalente), actif et reconnu.	NA	Le secteur d'activité relatif à la santé mentale n'a pas d'activité interventionnelle.	NA	-
	Charte de bloc, règlement intérieur ou document équivalent.	NA	Le secteur d'activité relatif à la santé mentale n'a pas d'activité interventionnelle.		
	Concertation interprofessionnelle dans la planification des activités interventionnelles.	NA	Le secteur d'activité relatif à la santé mentale n'a pas d'activité interventionnelle.		
	Suivi d'indicateurs de fonctionnement.	NA	Le secteur d'activité relatif à la santé mentale n'a pas d'activité interventionnelle.		

REFERENCE 32 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle**Critère****32a : Toutes les activités interventionnelles sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité cliniques, en intégrant les urgences éventuelles.**

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Conseil de bloc (ou structure équivalente), actif et reconnu.	Oui		B	-
	Charte de bloc, règlement intérieur ou document équivalent.	Oui			
	Concertation interprofessionnelle dans la planification des activités interventionnelles.	Oui			
	Suivi d'indicateurs de fonctionnement.	En partie	Une démarche d'évaluation a été conduite dans le cadre d'un audit organisationnel avec le MEAH ; cette démarche a permis de définir des indicateurs de suivi comme le nombre d'intervention, la durée opératoire, les pics d'activité. Cette démarche d'évaluation a permis notamment de reconfigurer partiellement l'organisation du bloc en conduisant à la fermeture d'une salle. Cependant, hormis cette décision, l'établissement n'a pas procédé à une réorganisation du secteur interventionnel. La température qui est un indicateur de fonctionnement n'est pas relevée alors que des variations intempestives et importantes de températures sont constatées et justifient des demandes au service technique central, pour		

REFERENCE 32 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle				
Critère	32a : Toutes les activités interventionnelles sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité cliniques, en intégrant les urgences éventuelles.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
		modifier la régulation thermique en peropératoire. La pression est relevée mais rarement notée. Les analyses de fonctionnement sont également rarement conduites en raison du faible taux de déclaration des événements indésirables.		

REFERENCE 32 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle					
Critère		32b : Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré-, per- et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du patient en préopératoire : identification du patient, informations issues des consultations et d'autres secteurs medicotechniques, modalités de préparation du patient, contreindications médicamenteuses, fiche de liaison secteurs d'activité/bloc opératoire, procédure d'accueil formalisée au bloc opératoire, etc.	NA	Ce critère est non applicable.	NA	-
	Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du patient en peropératoire : liens entre secteurs opératoires et SSPI (modalités définies, personnels concernés, etc.).	NA	Ce critère est non applicable.		
	Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du patient en postopératoire : prescriptions postopératoires, comptes rendus opératoires, modalités de surveillance (transport, secteurs d'hospitalisation, professionnels d'aval), existence de supports (fiches de liaison, etc.) catégories professionnelles concernées (chirurgiens, anesthésistes, soignants, etc.).	NA	Ce critère est non applicable.		
PSY	Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du	NA	Le secteur d'activité relatif à la santé mentale n'a pas d'activité	NA	-

REFERENCE 32 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle**Critère****32b : Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré-, per- et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations.**

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	patient en préopératoire : identification du patient, informations issues des consultations et d'autres secteurs médicotechniques, modalités de préparation du patient, contreindications médicamenteuses, fiche de liaison secteurs d'activité/bloc opératoire, procédure d'accueil formalisée au bloc opératoire, etc.		interventionnelle.		
	Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du patient en peropératoire : liens entre secteurs opératoires et SSPI (modalités définies, personnels concernés, etc.).	NA	Le secteur d'activité relatif à la santé mentale n'a pas d'activité interventionnelle.		
	Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du patient en postopératoire : prescriptions postopératoires, comptes rendus opératoires, modalités de surveillance (transport, secteurs d'hospitalisation, professionnels d'aval), existence de supports (fiches de liaison, etc.) catégories professionnelles concernées (chirurgiens, anesthésistes, soignants, etc.).	NA	Le secteur d'activité relatif à la santé mentale n'a pas d'activité interventionnelle.		
MCO	Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du patient en préopératoire : identification du patient, informations issues des consultations	En partie	Lors de la phase préopératoire, la transmission des différentes informations, pertinentes et adaptées à la prise en charge du patient, est	B	-

REFERENCE 32 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle**Critère****32b : Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré-, per- et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations.**

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	et d'autres secteurs médicotechniques, modalités de préparation du patient, contreindications médicamenteuses, fiche de liaison secteurs d'activité/bloc opératoire, procédure d'accueil formalisée au bloc opératoire, etc.		assurée. Cependant, selon les entretiens réalisés, la « check-list » est utilisée avec parfois des informations prérenseignées.		
	Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du patient en peropératoire : liens entre secteurs opératoires et SSPI (modalités définies, personnels concernés, etc.).	Oui			
	Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du patient en postopératoire : prescriptions postopératoires, comptes rendus opératoires, modalités de surveillance (transport, secteurs d'hospitalisation, professionnels d'aval), existence de supports (fiches de liaison, etc.) catégories professionnelles concernées (chirurgiens, anesthésistes, soignants, etc.).	Oui			

REFERENCE 32 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle					
Critère		32c : Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation de l'identification des événements indésirables graves en secteur interventionnel (concernant les patients, les professionnels, les locaux, les fonctions de soutien et/ou le matériel, etc.).	NA	Ce critère est non applicable.	NA	-
	Mise en place d'un dispositif de signalement.	NA	Ce critère est non applicable.		
	Analyse des événements indésirables graves.	NA	Ce critère est non applicable.		
	Mise en oeuvre d'actions correctives et préventives.	NA	Ce critère est non applicable.		
PSY	Organisation de l'identification des événements indésirables graves en secteur interventionnel (concernant les patients, les professionnels, les locaux, les fonctions de soutien et/ou le matériel, etc.).	NA	Le secteur d'activité relatif à la santé mentale n'a pas d'activité interventionnelle.	NA	-
	Mise en place d'un dispositif de signalement.	NA	Le secteur d'activité relatif à la santé mentale n'a pas d'activité interventionnelle.		
	Analyse des événements indésirables graves.	NA	Le secteur d'activité relatif à la santé mentale n'a pas d'activité interventionnelle.		
	Mise en oeuvre d'actions correctives et	NA	Le secteur d'activité relatif à la santé		

REFERENCE 32 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle					
Critère	32c : Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	préventives.		mentale n'a pas d'activité interventionnelle.		
MCO	Organisation de l'identification des événements indésirables graves en secteur interventionnel (concernant les patients, les professionnels, les locaux, les fonctions de soutien et/ou le matériel, etc.).	En partie	Une organisation est en place pour le recueil et l'identification des événements indésirables graves en secteur interventionnel. Cependant, la configuration des locaux du bloc opératoire présente des caractéristiques susceptibles d'être à l'origine de dysfonctionnements : des portes d'accès ne sont pas sécurisées, en particulier au niveau des voies de circulation transversales ; le local, réservé au médecin qui réalise les examens « extemporané », est particulièrement exigü ; les portes d'accès des salles d'opération sont à ouverture automatique et sont actionnables facilement de façon intempestive, notamment par les agents chargés de l'entretien, y compris pendant les interventions ; l'ensemble des portes sont transparentes sur toute leur hauteur et laissent donc visibles non seulement les professionnels en activité mais aussi les patients ; les circuits propre et sale ne sont pas définis dans les vestiaires ; les toilettes	C	

REFERENCE 32 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle**Critère****32c : Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.**

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
			sont absentes de la zone de bloc du rez de chaussée ; il n'y pas de dispositif de stockage des chaussures utilisées qui garantissent qu'elles n'ont pas plusieurs fois servi dans la même journée ; les boîtes utilisées pour le transport des matériels vers la stérilisation ne font pas l'objet de la même traçabilité que les instruments.		
	Mise en place d'un dispositif de signalement.	Oui			
	Analyse des événements indésirables graves.	Oui			
	Mise en oeuvre d'actions correctives et préventives.	Non	L'établissement n'a pas mis en œuvre d'action corrective et préventive.		

REFERENCE 33 : La radiothérapie					
Critère		33a : Une organisation permettant d'assurer la qualité en radiothérapie est en place.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Certification externe ou démarche d'assurance qualité incluant notamment : - la prise en compte des référentiels (nationaux et internationaux) ; - l'organisation de la prise en charge du patient (de sa première consultation à son suivi après traitement) ; - le management de la qualité ; - la prévention des risques liés aux soins ; - la formation régulière du personnel concerné ; - la gestion des ressources matérielles et leur adéquation aux besoins.	NA	L'établissement ne dispose pas de secteur de radiothérapie.	NA	-
	Prise en compte des avis et recommandations des services d'inspection (maintenance, sécurité d'utilisation, radiovigilance et radioprotection, etc.).	NA	L'établissement ne dispose pas de secteur de radiothérapie.		
	Interfaces organisées avec les autres secteurs d'activité clinique.	NA	L'établissement ne dispose pas de secteur de radiothérapie.		
PSY	Certification externe ou démarche d'assurance qualité incluant notamment : - la prise en compte des référentiels (nationaux et internationaux) ; - l'organisation de la prise en charge du patient (de sa première consultation à son suivi après traitement) ; - le management de la qualité ; - la prévention des risques liés aux soins ; - la formation régulière du personnel concerné ; - la gestion des ressources matérielles et leur adéquation aux	NA	L'activité de radiothérapie n'est pas autorisée.	NA	-

REFERENCE 33 : La radiothérapie					
Critère	33a : Une organisation permettant d'assurer la qualité en radiothérapie est en place.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	besoins.				
	Prise en compte des avis et recommandations des services d'inspection (maintenance, sécurité d'utilisation, radiovigilance et radioprotection, etc.).	NA	L'activité de radiothérapie n'est pas autorisée.		
	Interfaces organisées avec les autres secteurs d'activité clinique.	NA	L'activité de radiothérapie n'est pas autorisée.		
MCO	Certification externe ou démarche d'assurance qualité incluant notamment : - la prise en compte des référentiels (nationaux et internationaux) ; - l'organisation de la prise en charge du patient (de sa première consultation à son suivi après traitement) ; - le management de la qualité ; - la prévention des risques liés aux soins ; - la formation régulière du personnel concerné ; - la gestion des ressources matérielles et leur adéquation aux besoins.	NA	L'activité de radiothérapie n'est pas autorisée.	NA	-
	Prise en compte des avis et recommandations des services d'inspection (maintenance, sécurité d'utilisation, radiovigilance et radioprotection, etc.).	NA	L'activité de radiothérapie n'est pas autorisée.		
	Interfaces organisées avec les autres secteurs d'activité clinique.	NA	L'activité de radiothérapie n'est pas autorisée.		

REFERENCE 34 : L'organisation du don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique					
Critère	34a : La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus est définie.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Définition de la participation de l'établissement à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus.	Oui		A	-
	Intégration dans les orientations stratégiques de l'établissement.	Oui			
	Organisation interne de cette participation (procédures, participants, etc.).	Oui			
	Coordination entre établissements dans le cadre d'un réseau (règles de fonctionnement, charte, etc.).	Oui			
PSY	Définition de la participation de l'établissement à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus.	NA	Le secteur de la santé mentale ne participe pas à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	NA	-
	Intégration dans les orientations stratégiques de l'établissement.	NA	Le secteur de la santé mentale ne participe pas à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.		
	Organisation interne de cette participation (procédures, participants, etc.).	NA	Le secteur de la santé mentale ne participe pas à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.		
	Coordination entre établissements dans le cadre d'un réseau (règles de fonctionnement, charte, etc.).	NA	Le secteur de la santé mentale ne participe pas à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.		

REFERENCE 34 : L'organisation du don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique					
Critère	34a : La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus est définie.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
MCO	Définition de la participation de l'établissement à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus.	Oui		A	-
	Intégration dans les orientations stratégiques de l'établissement.	Oui			
	Organisation interne de cette participation (procédures, participants, etc.).	Oui			
	Coordination entre établissements dans le cadre d'un réseau (règles de fonctionnement, charte, etc.).	Oui			

REFERENCE 34 : L'organisation du don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique					
Critère		34b : Les professionnels et le public sont sensibilisés au don d'organes et de tissus.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Actions de communication, d'information et de formation auprès des professionnels (éthique, enjeux de santé publique, relations avec l'entourage, réglementation, etc.).	En partie	Des actions de communication et de sensibilisation des professionnels sont en cours, notamment dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles.	B	-
	Organisation de l'information du public (documents d'information, identification des personnes chargées de l'information, etc.).	Oui			
PSY	Actions de communication, d'information et de formation auprès des professionnels (éthique, enjeux de santé publique, relations avec l'entourage, réglementation, etc.).	En partie	Des actions de communication et de sensibilisation des professionnels sont en cours, notamment dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles.	B	-
	Organisation de l'information du public (documents d'information, identification des personnes chargées de l'information, etc.).	Oui			
MCO	Actions de communication, d'information et de formation auprès des professionnels (éthique, enjeux de santé publique, relations avec l'entourage, réglementation, etc.).	En partie	Des actions de communication et de sensibilisation des professionnels sont en cours, notamment dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles.	B	-
	Organisation de l'information du public (documents d'information, identification des personnes chargées de l'information, etc.).	Oui			

REFERENCE 34 : L'organisation du don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique					
Critère		34c : Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation adaptée pour réaliser les prélèvements d'organes ou de tissus conformément aux règles de bonnes pratiques.	NA	Ce critère n'est pas applicable dans le secteur des soins de suite.	NA	-
	Formation des professionnels aux règles de bonnes pratiques (éthique, sécurité sanitaire, etc.).	NA	Ce critère n'est pas applicable dans le secteur des soins de suite.		
	Mise en place d'un dispositif (professionnels formés, local adapté, etc.) pour assurer l'information auprès des familles des donneurs.	NA	Ce critère n'est pas applicable dans le secteur des soins de suite.		
	Évaluation du respect des règles de bonnes pratiques.	NA	Ce critère n'est pas applicable dans le secteur des soins de suite.		
PSY	Organisation adaptée pour réaliser les prélèvements d'organes ou de tissus conformément aux règles de bonnes pratiques.	NA	Le secteur de santé mentale ne réalise pas de prélèvements d'organes ou de tissus.	NA	-
	Formation des professionnels aux règles de bonnes pratiques (éthique, sécurité sanitaire, etc.).	NA	Le secteur de santé mentale ne réalise pas de prélèvements d'organes ou de tissus.		
	Mise en place d'un dispositif (professionnels formés, local adapté, etc.) pour assurer l'information auprès des familles des donneurs.	NA	La secteur de santé mentale ne réalise pas de prélèvements d'organes ou de tissus.		

REFERENCE 34 : L'organisation du don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique					
Critère	34c : Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Évaluation du respect des règles de bonnes pratiques.	NA	La secteur de santé mentale ne réalise pas de prélèvements d'organes ou de tissus.		
MCO	Organisation adaptée pour réaliser les prélèvements d'organes ou de tissus conformément aux règles de bonnes pratiques.	Oui		A	-
	Formation des professionnels aux règles de bonnes pratiques (éthique, sécurité sanitaire, etc.).	Oui			
	Mise en place d'un dispositif (professionnels formés, local adapté, etc.) pour assurer l'information auprès des familles des donneurs.	Oui			
	Évaluation du respect des règles de bonnes pratiques.	Oui			

REFERENCE 35 : Les activités de rééducation et/ou de soutien					
Critère	35a : La prise en charge pluriprofessionnelle du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et ceux de la rééducation et du soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Prescription écrite, datée et signée systématique pour toute activité de rééducation et de soutien.	Oui		A	-
	Concertation entre les professionnels de rééducation et/ou de soutien et ceux des secteurs d'activité (réunions pluridisciplinaires, e-mails, fiches de liaison, staffs, etc.).	Oui			
	Traçabilité dans le dossier du patient de l'intervention et de la collaboration des différents professionnels.	Oui			
	Évaluation régulière des résultats des activités de rééducation et/ou de soutien (outils de mesure, échelles, etc.) et réajustements.	Oui			
PSY	Prescription écrite, datée et signée systématique pour toute activité de rééducation et de soutien.	En partie	La prescription n'est pas systématiquement écrite, datée et signée pour toute activité de rééducation et de soutien.	B	-
	Concertation entre les professionnels de rééducation et/ou de soutien et ceux des secteurs d'activité (réunions pluridisciplinaires, e-mails, fiches de liaison, staffs, etc.).	Oui			
	Traçabilité dans le dossier du patient de l'intervention et de la collaboration des différents professionnels.	Oui			

REFERENCE 35 : Les activités de rééducation et/ou de soutien				
Critère	35a : La prise en charge pluriprofessionnelle du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et ceux de la rééducation et du soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Évaluation régulière des résultats des activités de rééducation et/ou de soutien (outils de mesure, échelles, etc.) et réajustements.	En partie	Les résultats des activités de rééducation et/ou de soutien (psychomotricité, orthophonie, psychothérapie, etc.) sont généralement évalués et réajustés (réunions cliniques, transmissions entre professionnels, etc.). Cependant, cette évaluation est rarement faite avec l'utilisation d'échelles ou d'outils de mesure.	
MCO	Prescription écrite, datée et signée systématique pour toute activité de rééducation et de soutien.	Oui		B
	Concertation entre les professionnels de rééducation et/ou de soutien et ceux des secteurs d'activité (réunions pluridisciplinaires, e-mails, fiches de liaison, staffs, etc.).	En partie	Des modalités de concertation sont en place entre les professionnels de rééducation et ceux des secteurs d'activité. Cependant, plusieurs emplois de kinésithérapeutes sont vacants, notamment dans le service de réanimation.	
	Traçabilité dans le dossier du patient de l'intervention et de la collaboration des différents professionnels.	Oui		
	Évaluation régulière des résultats des activités de rééducation et/ou de soutien (outils de mesure, échelles, etc.) et réajustements.	Oui		

REFERENCE 36 : L'éducation thérapeutique du patient					
Critère		36a : Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Identification des thèmes d'éducation thérapeutique.	Oui		B	-
	Programmes d'éducation thérapeutique pour les patients et prise en compte des particularités (mode d'hospitalisation, pathologie, etc.).	En partie	Les thèmes d'éducation thérapeutique sont identifiés, mais ne font pas l'objet d'un programme formel de service.		
	Adaptation des programmes d'éducation thérapeutique à l'état de santé des patients.	Oui			
	Modes de communication facilitant la compréhension et la participation du patient.	Oui			
	Organisation pour associer l'entourage au programme d'éducation thérapeutique.	Oui			
PSY	Identification des thèmes d'éducation thérapeutique.	Oui		B	-
	Programmes d'éducation thérapeutique pour les patients et prise en compte des particularités (mode d'hospitalisation, pathologie, etc.).	En partie	Des initiatives ponctuelles sont menées en santé mentale (information du patient sur sa maladie, programme « insight », activités thérapeutiques, etc.). Cependant, l'éducation thérapeutique ne fait pas l'objet d'une politique globale, structurée et formalisée.		
	Adaptation des programmes d'éducation thérapeutique à l'état de santé des patients.	Oui			

REFERENCE 36 : L'éducation thérapeutique du patient					
Critère		36a : Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Modes de communication facilitant la compréhension et la participation du patient.	Oui			
	Organisation pour associer l'entourage au programme d'éducation thérapeutique.	Oui			
MCO	Identification des thèmes d'éducation thérapeutique.	Oui		A	-
	Programmes d'éducation thérapeutique pour les patients et prise en compte des particularités (mode d'hospitalisation, pathologie, etc.).	Oui			
	Adaptation des programmes d'éducation thérapeutique à l'état de santé des patients.	Oui			
	Modes de communication facilitant la compréhension et la participation du patient.	Oui			
	Organisation pour associer l'entourage au programme d'éducation thérapeutique.	Oui			

REFERENCE 37 : La sortie du patient					
Critère	37a : Le patient, son entourage et les professionnels intervenant en aval sont associés à la planification de la sortie.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation de la sortie en fonction des types de prise en charge (soins ambulatoires, obstétrique, pédiatrie, etc.).	Oui		B	-
	Prise en compte des besoins de soins et besoins sociaux du patient (logement, aménagements à domicile, etc.).	Oui			
	Association du patient et de son entourage à la planification de la sortie (anticipation de la sortie, etc.).	Oui			
	Association des professionnels d'aval (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.) dans des délais compatibles avec la continuité des soins.	En partie	Des actions de coopération avec les professionnels d'aval sont réalisées. Cependant, la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles réalisée dans le cadre de l'analyse de la sortie des patients démontre une insuffisance de la communication avec les structures d'aval. Des actions sont en cours, et notamment la mise en œuvre d'un document de transfert élaboré par l'équipe soignante.		
PSY	Organisation de la sortie en fonction des types de prise en charge (soins ambulatoires, obstétrique, pédiatrie, etc.).	Oui		A	-
	Prise en compte des besoins de soins et besoins sociaux du patient (logement,	Oui			

REFERENCE 37 : La sortie du patient					
Critère	37a : Le patient, son entourage et les professionnels intervenant en aval sont associés à la planification de la sortie.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	aménagements à domicile, etc.).				
	Association du patient et de son entourage à la planification de la sortie (anticipation de la sortie, etc.).	Oui			
	Association des professionnels d'aval (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.) dans des délais compatibles avec la continuité des soins.	Oui			
MCO	Organisation de la sortie en fonction des types de prise en charge (soins ambulatoires, obstétrique, pédiatrie, etc.).	Oui		B	-
	Prise en compte des besoins de soins et besoins sociaux du patient (logement, aménagements à domicile, etc.).	Oui			
	Association du patient et de son entourage à la planification de la sortie (anticipation de la sortie, etc.).	Oui			
	Association des professionnels d'aval (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.) dans des délais compatibles avec la continuité des soins.	En partie	Des actions de coopération avec les professionnels d'aval sont réalisées. Cependant, la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles réalisée dans le cadre de l'analyse de la sortie des patients démontre une insuffisance de la communication avec les structures		

REFERENCE 37 : La sortie du patient				
Critère	37a : Le patient, son entourage et les professionnels intervenant en aval sont associés à la planification de la sortie.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
		d'aval. Des actions sont en cours, et notamment la mise en œuvre d'un document de transfert élaboré par l'équipe soignante.		

REFERENCE 37 : La sortie du patient					
Critère		37b : La continuité de la prise en charge après la sortie est organisée, notamment en veillant à la transmission des informations relatives à la prise en charge.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Transmission de l'information aux professionnels d'aval (fiches de liaison, doubles des ordonnances, lettre de sortie, compte rendu d'hospitalisation, etc.).	Oui		B	-
	Organisation des transferts et adaptation en fonction de l'état du patient.	Oui			
	Évaluation de la qualité et des délais de transmission de l'information nécessaire à la continuité des soins.	Non	Le secteur des soins de suite et de réadaptation n'a pas réalisé d'évaluation relative aux délais de transmission des informations.		
PSY	Transmission de l'information aux professionnels d'aval (fiches de liaison, doubles des ordonnances, lettre de sortie, compte rendu d'hospitalisation, etc.).	Oui		B	-
	Organisation des transferts et adaptation en fonction de l'état du patient.	Oui			
	Évaluation de la qualité et des délais de transmission de l'information nécessaire à la continuité des soins.	Non	L'établissement n'a pas réalisé dans le secteur de la santé mentale d'évaluation de la qualité et des délais de transmission de l'information nécessaire à la continuité des soins.		
MCO	Transmission de l'information aux professionnels d'aval (fiches de liaison, doubles des ordonnances, lettre de sortie,	Oui		B	-

REFERENCE 37 : La sortie du patient					
Critère	37b : La continuité de la prise en charge après la sortie est organisée, notamment en veillant à la transmission des informations relatives à la prise en charge.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	compte rendu d'hospitalisation, etc.).				
	Organisation des transferts et adaptation en fonction de l'état du patient.	Oui			
	Évaluation de la qualité et des délais de transmission de l'information nécessaire à la continuité des soins.	Non	L'établissement n'a pas réalisé d'évaluation relative aux délais de transmission des informations.		

REFERENCE 38 : La prise en charge du patient en soins palliatifs**Critère** 38a : La volonté du patient est prise en compte.

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Procédure de recueil des volontés et des directives anticipées du patient.	Non	L'établissement n'a pas organisé le recueil des directives anticipées pour le service de soins de suite.	C	
	Respect des volontés du patient (retour à domicile, désignation d'une personne de confiance, etc.).	En partie	La volonté des patients est prise en compte en ce qui concerne le retour à domicile ou le transfert en structure d'aval. La désignation de la personne de confiance et les directives anticipées ne sont généralement pas recueillies.		
	Traçabilité de la volonté du patient dans le dossier.	Oui			
	Évaluation du respect de la volonté.	Non	L'établissement n'a pas engagé d'évaluation du respect de la volonté du patient, dans le secteur des soins de suite, pour la question des soins palliatifs.		
PSY	Procédure de recueil des volontés et des directives anticipées du patient.	NA	Les services assurant la prise en charge en santé mentale ne réalisent pas de soins palliatifs.	NA	-
	Respect des volontés du patient (retour à domicile, désignation d'une personne de confiance, etc.).	NA	Les services assurant la prise en charge en santé mentale ne réalisent pas de soins palliatifs.		
	Traçabilité de la volonté du patient dans le dossier.	NA	Les services assurant la prise en charge en santé mentale ne réalisent pas de		

REFERENCE 38 : La prise en charge du patient en soins palliatifs				
Critère	38a : La volonté du patient est prise en compte.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
		soins palliatifs.		
Évaluation du respect de la volonté.	NA	Les services assurant la prise en charge en santé mentale ne réalisent pas de soins palliatifs.		
MCO				
Procédure de recueil des volontés et des directives anticipées du patient.	En partie	Les professionnels recueillent, le cas échéant, les volontés du patient, mais il a été constaté que ces dernières ne sont généralement pas tracées dans le dossier.	C	
Respect des volontés du patient (retour à domicile, désignation d'une personne de confiance, etc.).	Oui			
Traçabilité de la volonté du patient dans le dossier.	Oui			
Évaluation du respect de la volonté.	Non	L'établissement n'a pas engagé d'évaluation sur le respect de la volonté du patient dans le domaine des soins palliatifs.		

REFERENCE 38 : La prise en charge du patient en soins palliatifs**Critère** 38b : La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie et de son entourage est assurée.

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Identification et prise en charge des besoins spécifiques des patients en fin de vie (oxygène, matelas antiescarres, accompagnement psychologique, etc.).	Oui		A	-
	Traçabilité dans le dossier du patient de ses besoins spécifiques.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier du patient des actions menées pour répondre à ses besoins spécifiques (échanges entre professionnels, organisation de la prise en charge à domicile, etc.).	Oui			
	Identification et prise en charge des besoins spécifiques de l'entourage du patient en fin de vie.	Oui			
PSY	Identification et prise en charge des besoins spécifiques des patients en fin de vie (oxygène, matelas antiescarres, accompagnement psychologique, etc.).	Oui		A	-
	Traçabilité dans le dossier du patient de ses besoins spécifiques.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier du patient des actions menées pour répondre à ses besoins spécifiques (échanges entre professionnels, organisation de la prise en charge à domicile,	Oui			

REFERENCE 38 : La prise en charge du patient en soins palliatifs					
Critère	38b : La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie et de son entourage est assurée.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	etc.).				
	Identification et prise en charge des besoins spécifiques de l'entourage du patient en fin de vie.	Oui			
MCO	Identification et prise en charge des besoins spécifiques des patients en fin de vie (oxygène, matelas antiescarres, accompagnement psychologique, etc.).	Oui		A	-
	Traçabilité dans le dossier du patient de ses besoins spécifiques.	Oui			
	Traçabilité dans le dossier du patient des actions menées pour répondre à ses besoins spécifiques (échanges entre professionnels, organisation de la prise en charge à domicile, etc.).	Oui			
	Identification et prise en charge des besoins spécifiques de l'entourage du patient en fin de vie.	Oui			

REFERENCE 38 : La prise en charge du patient en soins palliatifs					
Critère		38c : Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.			
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Identification des situations nécessitant un accompagnement psychologique.	Oui		A	-
	Recueil des besoins des personnels.	Oui			
	Organisation pour l'accompagnement des personnels (groupes de parole, aide psychologique individuelle et/ou collective, rotation des professionnels, etc.).	Oui			
	Formations spécifiques.	Oui			
PSY	Identification des situations nécessitant un accompagnement psychologique.	Oui		A	-
	Recueil des besoins des personnels.	Oui			
	Organisation pour l'accompagnement des personnels (groupes de parole, aide psychologique individuelle et/ou collective, rotation des professionnels, etc.).	Oui			
	Formations spécifiques.	Oui			
MCO	Identification des situations nécessitant un accompagnement psychologique.	Oui		A	-

REFERENCE 38 : La prise en charge du patient en soins palliatifs

Critère	38c : Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.
----------------	---

Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Recueil des besoins des personnels.	Oui			
	Organisation pour l'accompagnement des personnels (groupes de parole, aide psychologique individuelle et/ou collective, rotation des professionnels, etc.).	Oui			
	Formations spécifiques.	Oui			

REFERENCE 39 : Le décès du patient					
Critère	39a : Le décès du patient fait l'objet d'une prise en charge adaptée.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation pour contacter les personnes à prévenir en cas d'état critique et/ou en cas de décès (identification des personnes chargées de l'annonce, etc.).	Oui		A	-
	Organisation lors des décès (constats de décès, locaux adéquats, conduites à tenir formalisées, etc.).	Oui			
	Respect des volontés et convictions du défunt.	Oui			
PSY	Organisation pour contacter les personnes à prévenir en cas d'état critique et/ou en cas de décès (identification des personnes chargées de l'annonce, etc.).	Oui		A	-
	Organisation lors des décès (constats de décès, locaux adéquats, conduites à tenir formalisées, etc.).	Oui			
	Respect des volontés et convictions du défunt.	Oui			
MCO	Organisation pour contacter les personnes à prévenir en cas d'état critique et/ou en cas de décès (identification des personnes chargées de l'annonce, etc.).	Oui		A	-
	Organisation lors des décès (constats de décès, locaux adéquats, conduites à tenir)	Oui			

REFERENCE 39 : Le décès du patient					
Critère	39a : Le décès du patient fait l'objet d'une prise en charge adaptée.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	formalisées, etc.).				
	Respect des volontés et convictions du défunt.	Oui			

REFERENCE 39 : Le décès du patient					
Critère	39b : Un accueil et un accompagnement de l'entourage sont assurés.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Organisation pour l'accueil de l'entourage (identification des besoins, etc.).	Oui		A	-
	Organisation pour l'accompagnement social et pratique de l'entourage (personnes en charge de l'accompagnement, etc.).	Oui			
	Organisation pour l'accompagnement psychologique de l'entourage (personnes en charge de l'accompagnement, etc.).	Oui			
PSY	Organisation pour l'accueil de l'entourage (identification des besoins, etc.).	Oui		A	-
	Organisation pour l'accompagnement social et pratique de l'entourage (personnes en charge de l'accompagnement, etc.).	Oui			
	Organisation pour l'accompagnement psychologique de l'entourage (personnes en charge de l'accompagnement, etc.).	Oui			
MCO	Organisation pour l'accueil de l'entourage (identification des besoins, etc.).	Oui		A	-
	Organisation pour l'accompagnement social et pratique de l'entourage (personnes en charge de l'accompagnement, etc.).	Oui			
	Organisation pour l'accompagnement psychologique de l'entourage (personnes en	Oui			

REFERENCE 39 : Le décès du patient				
Critère	39b : Un accueil et un accompagnement de l'entourage sont assurés.			
Éléments d'appréciation	O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
charge de l'accompagnement, etc.).				

REFERENCE 39 : Le décès du patient					
Critère	39c : Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
SSR	Identification des situations nécessitant un accompagnement psychologique.	Oui		A	-
	Recueil des besoins des personnels.	Oui			
	Organisation pour l'accompagnement des personnels (groupes de parole, aide psychologique individuelle et/ou collective, rotation des professionnels, etc.).	Oui			
	Formations spécifiques inscrites au plan de formation.	Oui			
PSY	Identification des situations nécessitant un accompagnement psychologique.	Oui		A	-
	Recueil des besoins des personnels.	Oui			
	Organisation pour l'accompagnement des personnels (groupes de parole, aide psychologique individuelle et/ou collective, rotation des professionnels, etc.).	Oui			
	Formations spécifiques inscrites au plan de formation.	Oui			
MCO	Identification des situations nécessitant un accompagnement psychologique.	Oui		A	-

REFERENCE 39 : Le décès du patient					
Critère	39c : Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.				
Éléments d'appréciation		O/ N/ En Partie / NA	Constats	Cotation critère	Dynamique
	Recueil des besoins des personnels.	Oui			
	Organisation pour l'accompagnement des personnels (groupes de parole, aide psychologique individuelle et/ou collective, rotation des professionnels, etc.).	Oui			
	Formations spécifiques inscrites au plan de formation.	Oui			

Actions remarquées par les experts-visiteurs concernant le chapitre III

Intitulé de l'action	Objectif	Résultat
-	-	-

CHAPITRE 4 - EVALUATIONS ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION

A PRATIQUES PROFESSIONNELLES

REFERENCE 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels

N° de l'action/programme : 1

Intitulé de l'action/programme : Pertinence de la détection, de l'identification et du recensement des donneurs potentiels d'organes et de tissus (à travers le programme "DONOR ACTION")

REFERENCE 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels			
Critère	40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration.	Oui	Le choix de cette évaluation a été motivé par un projet de développement de l'activité de prélèvement des cornées dans l'établissement, et devant le constat de l'absence de repérage des donneurs potentiels (lors des états de mort encéphalique), accueillis aux urgences et en réanimation. Il s'agit d'une priorité de santé publique. L'établissement a pour objectif d'améliorer le recensement des donneurs potentiels et d'actualiser les connaissances des acteurs concernés (lutte contre les idées préconçues sur le choix de la population cible), et par ailleurs d'améliorer la coordination entre les différents acteurs. Cette évaluation s'inscrit dans le cadre du programme international de l'agence de biomédecine.	B
Analyse de l'organisation et des pratiques.	Oui	L'analyse de l'organisation et des pratiques a été réalisée par un groupe pluridisciplinaire, composé de 3 médecins (urgences, médecine interne et réanimation), d'un cadre de santé coordinateur et d'une infirmière coordinatrice engagée dans le programme « Donor Action ». L'analyse a été réalisée au moyen d'un audit clinique ciblé rétrospectif de 185 dossiers de patients décédés au cours du 3e trimestre 2008 et de l'année 2009, et d'une enquête d'opinion auprès du personnel médical, paramédical et administratif de trois services (200	

REFERENCE 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels**Critère** | **40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
		questionnaires). L'analyse des dossiers a montré le faible taux de signalement des donneurs potentiels. L'analyse des questionnaires (168 réponses) a permis d'objectiver le peu de connaissances sur le sujet, notamment sur le rôle et l'implication de l'établissement dans le don d'organes.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	Oui	Les références utilisées sont : Le programme « DONOR ACTION » ou « Programme de recensement des donneurs potentiels et de promotion du don dans les établissements de santé » de l'agence de biomédecine.	
Définition d'objectifs d'amélioration.	Oui	Les objectifs d'amélioration définis sont : - la sensibilisation au don d'organe et la formation des professionnels sur les nouvelles cibles de patients susceptibles d'être des donneurs potentiels (diffusion des résultats au cours de réunions d'information des équipes hospitalières, évaluation des besoins en formation et élaboration d'un programme) ; - l'optimisation du recensement des donneurs entre le service d'accueil des urgences, la réanimation et le service de médecine interne (définition de l'organisation et des supports nécessaires au recensement entre les services concernés et réactualisation du protocole de prélèvements des tissus).	
Mise en oeuvre d'actions d'améliorations.	Non	La mise en oeuvre des actions d'amélioration n'est pas réalisée.	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	Non	La mesure d'impact des actions est programmée dans le cadre du programme « Donor Action », avec un indicateur de suivi lié à un registre.	

N° de l'action/programme : 2

Intitulé de l'action/programme : Pertinence de la prescription du paracétamol injectable par rapport à la forme per os

REFERENCE 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels			
Critère	40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration.	Oui	Le choix de cette évaluation a été motivé par la fréquence de prescription du paracétamol injectable (2e médicament en fréquence et en coût). L'objectif est de diminuer les coûts de prescription pour une efficacité comparable pour la forme per os.	B
Analyse de l'organisation et des pratiques.	Oui	L'analyse de l'organisation et des pratiques a été conduite par un groupe pluridisciplinaire, composé d'un chirurgien, d'un anesthésiste, de deux pharmaciens et d'un infirmier. Le groupe a réalisé une revue de pertinence sur 50 dossiers de 4 services (chirurgie orthopédique, chirurgie générale, médecine interne et gastro-entérologie). Cette évaluation a mis en évidence une pertinence de la prescription pour 31 dossiers de chirurgie sur 40 et pour 2 dossiers de médecine sur 10 dossiers.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	Oui	L'étude fait référence aux recommandations de l'AMM du Perfalgan et aux recommandations « Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant » de la SFAR, publiées par la HAS en décembre 1997.	
Définition d'objectifs d'amélioration.	Oui	Le groupe a défini un plan d'actions comprenant les objectifs d'amélioration suivants : - privilégier la voie orale autant que possible même si le patient est perfusé pour d'autres traitements ; - sensibiliser les prescripteurs aux conditions de prescriptions ; - maîtriser les coûts des prescriptions.	
Mise en oeuvre d'actions d'améliorations.	En partie	Les actions d'améliorations qui ont été mises en oeuvre sont : - la sensibilisation des professionnels par la restitution des résultats de l'audit aux 4 services ayant participé à l'évaluation ;	

REFERENCE 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels			
Critère	40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
		<ul style="list-style-type: none"> - la réévaluation des prescriptions de Perfalgan au-delà de 24 heures par les pharmaciens ; - la sensibilisation des soignants aux risques de la voie IV et à la nécessité de maîtriser des coûts. <p>Les actions qui restent à mettre en œuvre sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'élaboration d'une fiche synthétique sur le paracétamol injectable et per os ; - la création d'un protocole « prescription de Paracétamol » inclus dans le logiciel de prescription informatisé. 	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	En partie	<p>L'évaluation de l'impact des actions d'amélioration mises en œuvre est programmée par un suivi annuel sur la base des indicateurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - évaluation des consommations de Perfalgan injectable ; - rapport du nombre de prescriptions de Perfalgan pertinentes sur un mois de référence (novembre), pour un service de chirurgie et un service de médecine. 	

N° de l'action/programme : 3

Intitulé de l'action/programme : Pertinence de la profondeur de sédation sous ventilation artificielle au regard de l'état clinique du patient

REFERENCE 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels			
Critère	40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration.	Oui	Le choix de cette évaluation a été motivé par le constat de sédations considérées comme trop lourdes et non évaluées, retardant le réveil et l'extubation des patients, et augmentant les durées de séjours. L'objectif est de réactualiser le protocole de sédation, de diminuer le risque nosocomial par la réduction de la ventilation et de l'intubation invasive.	B
Analyse de l'organisation et des pratiques.	Oui	Un groupe pluridisciplinaire du service de réanimation a été constitué, pour procéder à un audit clinique ciblé rétrospectif sur 30 dossiers de patients hospitalisés en réanimation au cours du premier semestre 2008. L'analyse a objectivé un défaut de traçabilité du score de RAMSAY, du score de sédation et de la concertation infirmières/médecins pour la décision d'arrêt de la sédation.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	Oui	Les références utilisées par le groupe sont : - les recommandations de la SFAR et de la SRLF (conférence de consensus du 15 novembre 2007) sur la sédation et l'analgésie en réanimation ; - un protocole validé et utilisé au CHU de Nice.	
Définition d'objectifs d'amélioration.	Oui	Le groupe de travail a défini un plan d'actions comprenant les objectifs d'améliorations suivants : - la définition des niveaux de sédation ; - la révision du support de prescription qui permet l'interrelation médecin/infirmière ; - la réactualisation du protocole avec les infirmières à partir des protocoles éprouvés d'autres services de réanimation.	

REFERENCE 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels**Critère** 40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Mise en oeuvre d'actions d'améliorations.	En partie	Le plan d'amélioration est en cours de mise en œuvre.	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	Non	La réévaluation est envisagée un an après la mise en place des actions d'amélioration selon la même méthodologie.	

N° de l'action/programme : 4

Intitulé de l'action/programme : Pertinence de la prescription de ventilation non invasive (VNI) dans l'insuffisance respiratoire aiguë

REFERENCE 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels			
Critère	40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration.	Oui	Le choix de cette évaluation a été motivé par l'objectif d'améliorer la prise en charge des insuffisances respiratoires aiguës, en ciblant les indications pertinentes de VNI, le plus précocement possible pour réduire la iatrogénie des VNI non pertinentes.	B
Analyse de l'organisation et des pratiques.	Oui	L'analyse de l'organisation et des pratiques a été réalisée par un groupe de travail pluridisciplinaire qui a utilisé la méthodologie de la revue de pertinence sur 29 dossiers du service d'accueil des urgences et 8 du service de réanimation accueillis en 2008. L'analyse a montré une bonne pertinence pour tous les dossiers, avec une hétérogénéité dans les pratiques de recours aux gaz du sang aux urgences et des défauts d'interprétation du score de Glasgow pour l'indication de VNI.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	Oui	Les recommandations utilisées sont la conférence de consensus d'octobre 2006 « Ventilation non invasive au cours de l'insuffisance respiratoire aiguë » - (SFAR, SPLF, SRLF).	
Définition d'objectifs d'amélioration.	Oui	Les objectifs d'améliorations définis par le groupe de travail sont : - le recours systématique aux gaz du sang pour objectiver la prescription d'une VNI aux urgences ; - l'élaboration d'un protocole sur la VNI ; - la participation à des formations sur l'assistance respiratoire ; - la nomination de référents VNI pour sensibiliser et informer des professionnels.	
Mise en oeuvre d'actions d'améliorations.	En partie	L'action d'amélioration mise en oeuvre est l'identification des référents VNI ; ont été désignés sur cette fonction 3 médecins, 1 infirmière anesthésiste, 2 infirmières et 2 aides-soignants.	

REFERENCE 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels			
Critère	40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
		<p>Les actions programmées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la restitution du travail aux 2 services ayant participé à l'évaluation ; - la formalisation d'un protocole relatif à l'utilisation des gaz du sang aux urgences ; - et l'organisation de la formation des équipes sur l'assistance respiratoire. 	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	Non	La mesure d'impact est envisagée fin 2011, après mise en œuvre des actions d'améliorations.	

REFERENCE 41 : L'évaluation des risques liés aux soins

N° de l'action/programme : 1

Intitulé de l'action/programme : Prévention des risques de chute chez la personne âgée durant le séjour en SSR

REFERENCE 41 : L'évaluation des risques liés aux soins			
Critère	41a : Les professionnels identifient a priori les actes, processus, pratiques à risque et/ou a posteriori les événements indésirables. Ils mettent en oeuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration.	Oui	Le choix de ce thème est motivé par la fréquence constatée de survenue des chutes, la gravité potentielle de leurs conséquences et le constat d'une marge de progrès potentielle, avec la nécessité de mettre en oeuvre des mesures de prévention ciblées.	A
Analyse de l'organisation et des pratiques.	Oui	Une équipe pluridisciplinaire, composée de deux médecins, d'un cadre supérieur de santé, d'un cadre de santé, d'une infirmière et d'une aide-soignante a conduit un audit clinique ciblé rétrospectif sur 30 dossiers de patients hospitalisés en soins de suite, de décembre 2007 à décembre 2008. L'analyse des dossiers a permis de montrer l'absence de recueil systématique des données à l'entrée du patient, de recherche d'hypotension, de synthèse pluridisciplinaire ainsi qu'un défaut de traçabilité dans le dossier du patient de ces informations.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	Oui	Les références bibliographiques utilisées sont : - « Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations de bonnes pratiques » - HAS - (novembre 2005) ; - « Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées » - HAS - (avril 2009).	
Définition d'objectifs d'amélioration.	Oui	Les objectifs d'amélioration définis par le groupe de travail sont de : - formaliser la procédure d'accueil à l'entrée du patient ; - sensibiliser et former le personnel ; - optimiser la traçabilité du recueil de données ;	

REFERENCE 41 : L'évaluation des risques liés aux soins			
Critère	41a : Les professionnels identifient a priori les actes, processus, pratiques à risque et/ou a posteriori les événements indésirables. Ils mettent en oeuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
		<ul style="list-style-type: none"> - protocoliser le recueil de données à l'admission et celui de la prise en charge des patients identifiés comme étant à risques de chute ; - mettre en place des staffs pluridisciplinaires. 	
Mise en oeuvre d'actions d'améliorations.	Oui	<p>Les actions qui ont été mises en oeuvre sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la communication auprès des personnels des résultats de cette évaluation ; - la rédaction d'une fiche de recueil des données à l'admission ; - la sensibilisation des équipes aides-soignantes aux transmissions ciblées ; - la mise en place de staff hebdomadaire avec assistante sociale ; - la mise en place de staff bimensuel avec les diététiciennes. 	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	Non	La mesure des résultats des améliorations est programmée en 2011.	

N° de l'action/programme : 2

Intitulé de l'action/programme : Prévention des risques liés à la contention physique des patients hospitalisés en SSR

REFERENCE 41 : L'évaluation des risques liés aux soins			
Critère	41a : Les professionnels identifient a priori les actes, processus, pratiques à risque et/ou a posteriori les événements indésirables. Ils mettent en oeuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration.	Oui	Le choix de l'évaluation a été fait au regard de la fréquence des contentions physiques, réalisées dans le service de soins de suite et de rééducation.	A
Analyse de l'organisation et des pratiques.	Oui	Un groupe de travail pluriprofessionnel, composé des médecins, infirmières et aides-soignantes, a élaboré une évaluation de type audit clinique. S'appuyant sur un référentiel HAS, l'équipe a élaboré une évaluation sur la base de quatre grilles couvrant les champs d'investigation suivants : mise en place de la contention, information et communication du patient, installation et confort du patient (enrichie de 2 critères par le groupe) et surveillance de la contention. L'audit a été réalisé prospectivement par l'observation et l'étude des dossiers de 30 patients. L'analyse a mis en évidence de nombreux écarts vis-à-vis des recommandations, avec notamment une quasi-absence de prescription médicale, ainsi qu'un défaut d'information envers les patients et leurs proches, et un manque de matériel spécifique.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	Oui	Les références suivantes ont été prises en compte par le groupe de travail : - Guide EPP et rapport de l'expérimentation nationale : « Audit clinique ciblé appliqué à la diminution de la contention physique de la personne âgée » - HAS (juin 2006) ; - Guide d'audit clinique : « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » - ANAES (octobre 2000) ; - Recommandations : « Prévention des chutes accidentelles chez la	

REFERENCE 41 : L'évaluation des risques liés aux soins			
Critère	41a : Les professionnels identifient a priori les actes, processus, pratiques à risque et/ou a posteriori les événements indésirables. Ils mettent en oeuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
		personne âgée » - HAS-SFDRMG (novembre 2005).	
Définition d'objectifs d'amélioration.	Oui	<p>Suite à l'analyse des dossiers, le groupe a élaboré un plan d'actions visant les objectifs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - systématiser les prescriptions médicales de la contention ; - améliorer l'outil de prescription dans logiciel de soins ; - paramétrer le type de contention dans le logiciel de soins ; - renforcer la traçabilité de la surveillance de la contention ; - assurer l'information des professionnels sur la démarche d'évaluation conduite ; - sensibiliser les professionnels aux risques somatiques et psychiques liés aux contentions ; - réaliser un inventaire du matériel spécifique de contention. 	
Mise en oeuvre d'actions d'améliorations.	Oui	Le groupe de travail a mis en oeuvre le plan d'actions défini. Une revue du matériel disponible pour garantir la sécurité des contentions a été réalisée. L'information des professionnels a été réalisée, notamment par la restitution de la démarche d'évaluation. Enfin, un groupe de travail a été constitué avec le service informatique pour l'évolution des supports du logiciel du dossier de soins.	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	Non	La mesure des résultats de ces améliorations est programmée en 2011.	

N° de l'action/programme : 3

Intitulé de l'action/programme : Prévention des risques liés à l'utilisation de la mise en chambre d'isolement

REFERENCE 41 : L'évaluation des risques liés aux soins			
Critère	41a : Les professionnels identifient a priori les actes, processus, pratiques à risque et/ou a posteriori les événements indésirables. Ils mettent en oeuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration.	Oui	L'établissement a choisi de traiter de la prévention des risques pour le patient liés à la mise en chambre d'isolement (MCI). Les professionnels ont pu constater une augmentation de la fréquence d'utilisation de la chambre d'isolement depuis 2 ans. L'établissement souhaite garantir une meilleure conformité avec les recommandations et prévenir les incidents et aggravations de MCI.	A
Analyse de l'organisation et des pratiques.	Oui	Un groupe de travail multiprofessionnel s'est mis en place en réunissant deux médecins psychiatres et un cadre de santé de psychiatrie générale. La méthode utilisée est l'audit clinique rétrospectif ; l'étude a porté sur 30 dossiers. Un guide d'utilisation a été élaboré. Les premiers résultats ont mis en évidence que le respect de certains critères ne répondait pas aux recommandations de bonnes pratiques. Par ailleurs, la traçabilité de certaines informations étaient défailante.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	Oui	Le groupe s'est appuyé sur les références de l'ANAES « audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie » - juin 1998.	
Définition d'objectifs d'amélioration.	Oui	Des objectifs d'amélioration ont été définis, à savoir : - améliorer la traçabilité en développant des supports plus adaptés ; - sensibiliser les professionnels à l'importance de la traçabilité dans la pratique quotidienne ; - optimiser qualitativement la pratique soignante, notamment en protocolisant les conduites à tenir dans le contexte de la MCI.	

REFERENCE 41 : L'évaluation des risques liés aux soins			
Critère	41a : Les professionnels identifient a priori les actes, processus, pratiques à risque et/ou a posteriori les événements indésirables. Ils mettent en oeuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Mise en oeuvre d'actions d'améliorations.	Oui	Des actions d'améliorations ont été menées et ont permis : <ul style="list-style-type: none"> - la restitution des résultats de la démarche d'évaluation auprès de l'équipe soignante ; - la mise en place de l'entretien systématique du psychologue avec le patient sortant du processus d'isolement ; - la révision du support utilisé pour la MCI, « fiche de prescription et de soins en MCI » ; - la mise en place de la communication interservices relative aux MCI et de sa traçabilité avec le service de sécurité. 	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	Non	Un nouvel audit est programmé en 2011.	

N° de l'action/programme : 4

Intitulé de l'action/programme : Prévention des risques métaboliques liés aux traitements par antipsychotiques de 2ème génération

REFERENCE 41 : L'évaluation des risques liés aux soins			
Critère	41a : Les professionnels identifient a priori les actes, processus, pratiques à risque et/ou a posteriori les événements indésirables. Ils mettent en oeuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration.	Oui	L'établissement a choisi de traiter de la prévention des risques métaboliques liés aux traitements par antipsychotiques de seconde génération (ASG), en raison de la fréquence de ces troubles, du fait qu'il s'agit d'une priorité de santé publique et des potentialités d'amélioration dans la prise en charge. L'objectif a été pour l'établissement d'évaluer si ces facteurs de risque font l'objet d'une recherche systématique dans le service ainsi que l'évaluation des écarts entre les recommandations et les pratiques, afin de protocoliser le suivi des patients bénéficiant de ces traitements.	A
Analyse de l'organisation et des pratiques.	Oui	Un groupe de travail multiprofessionnel, composé de trois médecins psychiatres, de deux cadres de santé et d'un de psychiatrie générale ont mené cette évaluation. La méthode utilisée est l'audit clinique ciblé, avec une étude rétrospective de 30 dossiers. Un guide d'utilisation a été élaboré. Les premiers résultats ont mis en évidence que le respect de certains critères n'était pas conforme aux bonnes pratiques, et que la traçabilité des informations est défailante.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	Oui	Le groupe s'est appuyé sur les références suivantes : - Guide affection longue durée n°23 - Schizophrénie » - HAS (juin 2007) ; - OMS : « Définition du syndrome métabolique » (1999) ; - American Diabet Association (ADA) : « Le traitement médicamenteux du diabète de type II » (2004).	
Définition d'objectifs d'amélioration.	Oui	Le groupe de travail a défini des objectifs d'amélioration visant à	

REFERENCE 41 : L'évaluation des risques liés aux soins			
Critère	41a : Les professionnels identifient a priori les actes, processus, pratiques à risque et/ou a posteriori les événements indésirables. Ils mettent en oeuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
		<p>promouvoir la systématisation de la recherche d'un syndrome métabolique et des facteurs de risques associés, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - assurer la sensibilisation des professionnels à la prévention des troubles nutritionnels ; - garantir la surveillance des paramètres cliniques ; - améliorer la traçabilité et la protocolisation des pratiques ; - diffuser les bonnes pratiques en termes de psychoéducation de prévention et de surveillance. 	
Mise en oeuvre d'actions d'améliorations.	Oui	<p>Des actions d'amélioration ont été menées et ont permis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la communication et la diffusion de l'information auprès des professionnels et des instances concernées par la démarche d'évaluation ; - la mise en place d'une procédure de surveillance et de prévention des risques métaboliques ; - la mise en place dans le dossier patient de nouveaux supports, afin d'améliorer la traçabilité de la prise en charge du patient ; - la mise en place d'un partage d'expérience avec un établissement sanitaire voisin, afin de faciliter la collaboration et l'harmonisation des pratiques. 	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	Non	Un nouvel audit est programmé en 2010.	

N° de l'action/programme : 5

Intitulé de l'action/programme : Prévention des risques liés à la maîtrise de l'information médicale écrite et orale diffusée auprès des patients opérés

REFERENCE 41 : L'évaluation des risques liés aux soins			
Critère	41a : Les professionnels identifient a priori les actes, processus, pratiques à risque et/ou a posteriori les événements indésirables. Ils mettent en oeuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration.	Oui	L'établissement a souhaité évaluer la maîtrise de l'information médicale écrite et orale, diffusée auprès des patients opérés en raison de l'attente des patients sur cette question, de l'incidence médico-légale d'une mauvaise information. Les objectifs étaient d'améliorer la compréhension par le patient de l'information préopératoire donnée et d'assurer la conformité législative.	B
Analyse de l'organisation et des pratiques.	Oui	Un groupe de travail, constitué d'un médecin, d'une infirmière et d'une secrétaire médicale s'est engagé dans la démarche de réalisation d'une « enquête de pratique » sur la base d'un questionnaire élaboré à partir des recommandations sur le processus d'information médicale. L'enquête a concerné les services de chirurgie générale, d'ophtalmologie, d'ORL, de stomatologie, d'anesthésie et le bloc opératoire pour la chirurgie ambulatoire. L'analyse a concerné 32 questionnaires et a montré que l'information orale demeure privilégiée, avec une absence d'organisation définie pour la cohérence des informations transmises au patient entre les différents intervenants, une information bénéfice-risque non systématique et une traçabilité hétérogène de la bonne délivrance de l'information.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	Oui	Les références utilisées sont : - « Information des patients : recommandations » - ANAES (mars 2000) ; - « Dossier patient : amélioration de la qualité de tenue » - ANAES (juin 2003) ; - « Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé - Guide méthodologique »	

REFERENCE 41 : L'évaluation des risques liés aux soins

Critère	41a : Les professionnels identifient a priori les actes, processus, pratiques à risque et/ou a posteriori les événements indésirables. Ils mettent en oeuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
		<ul style="list-style-type: none"> - HAS (juin 2008) ; - Autoévaluation des pratiques : « Information et consentement du patient majeur et non sous tutelle dans le cadre de l'exercice libéral de la chirurgie dentaire » - ANAES (novembre 2004). 	
Définition d'objectifs d'amélioration.	Oui	Les objectifs d'améliorations définis par le groupe de travail sont : <ul style="list-style-type: none"> - la sensibilisation des praticiens aux recommandations ; - le recensement des fiches d'information disponibles en consultation préopératoire ; - le choix d'une méthode et d'outils de traçabilité ; - la coordination et la protocolisation de l'information donnée au sein des services et entre les services pour les hospitalisations de longue durée. 	
Mise en oeuvre d'actions d'améliorations.	Non	Le plan d'action n'était pas mis en oeuvre au moment de la visite de certification.	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	Non	La mesure d'impact est programmée en 2012.	

N° de l'action/programme : 6

Intitulé de l'action/programme : prévention des risques de survenue de désordres glycémiques (hypo- et hyper-) pendant l'hospitalisation en réanimation

REFERENCE 41 : L'évaluation des risques liés aux soins			
Critère	41a : Les professionnels identifient a priori les actes, processus, pratiques à risque et/ou a posteriori les événements indésirables. Ils mettent en oeuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration.	Oui	Dans un contexte de publication d'études récentes sur le thème et devant l'importance de l'impact des désordres glycémiques sur la morbi-mortalité en réanimation, l'établissement a fait le choix de ce thème d'évaluation pour garantir la bonne prise en charge des patients et l'homogénéité des pratiques soignantes.	A
Analyse de l'organisation et des pratiques.	Oui	Un groupe de travail pluridisciplinaire du service de réanimation a réalisé un audit clinique ciblé rétrospectif portant sur 30 dossiers de patients (30 derniers patients admis en réanimation avant le 1er novembre 2008). L'analyse a mis en évidence une hétérogénéité des pratiques dans la surveillance et le traitement par insuline.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	Oui	Les références utilisées par le groupe de travail sont : - Van den Bergue G. « Intensive insulin therapy in the critically ill patients ». N Engl J Med 2001 ; 345 : 1359-67. - Van den Bergue G. « Intensive insulin therapy in the medical ICU ». N Engl J Med 2006 ; 354 : 449-61. - Maxime V. « Modalités pratiques de l'insulinothérapie en réanimation ». Réanimation 2006 ; 15 : 461-466. - Ingels C. « Rôle de l'insuline et du contrôle de la glycémie en réanimation ». Réanimation 2006 ; 15 : 474-480. The NICE - « SUGAR Study Investigators ». N Engl J Med 2009 ; 360 : 1283 - 97. - Ichai C. « Contrôle de la glycémie en réanimation et en anesthésie ». Réanimation 2009 ; 18 : 470 - 476.	

REFERENCE 41 : L'évaluation des risques liés aux soins			
Critère	41a : Les professionnels identifient a priori les actes, processus, pratiques à risque et/ou a posteriori les événements indésirables. Ils mettent en oeuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
		<ul style="list-style-type: none"> - Preiser J.-C. « Pratique du contrôle glycémique en réanimation et charge de travail infirmier ». Réanimation 2009 ; 18 ; 538 - 543. - Protocole « Insulinothérapie en Réanimation » des CHU de Nice et de Strasbourg - HAS (avril 2007, janvier 2008). 	
Définition d'objectifs d'amélioration.	Oui	<p>Les objectifs d'amélioration définis par le groupe de travail sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la sensibilisation du personnel médical et paramédical sur les risques liés aux désordres glycémiques ; - l'élaboration d'un protocole d'insulinothérapie. 	
Mise en oeuvre d'actions d'améliorations.	Oui	<p>Le plan d'actions a été mis en oeuvre par le groupe de travail et a permis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la sensibilisation des professionnels médicaux et paramédicaux sur les risques liés aux désordres glycémiques, avec leurs conséquences sur la morbi-mortalité des patients hospitalisés en réanimation ; - l'élaboration d'un protocole de prise en charge des patients ; - la protocolisation de la prise en charge des hypoglycémies. 	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	Oui	<p>Une seconde évaluation a été réalisée en février 2010, et a permis d'objectiver l'efficacité des actions mises en oeuvre, et a conduit à un réajustement du protocole.</p>	

REFERENCE 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux

N° de l'action/programme : 1

Intitulé de l'action/programme : **Prise en charge des patients susceptibles d'avoir subi des maltraitements sexuels**

REFERENCE 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux			
Critère	42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration.	Oui	L'établissement a choisi de traiter la prise en charge des enfants et des adolescents susceptibles d'avoir subi des maltraitements sexuels. Le choix de ce thème a été motivé : - par l'importance du repérage face à la sensibilité du sujet ; - par ce problème de santé publique qui connaît une fréquence accrue de cette problématique aux incidences majeures d'un point de vue somatique, psychologique et social ; - par les potentialités d'amélioration dans la prise en charge de l'ensemble des intervenants auprès des enfants et des adolescents.	A
Analyse de l'organisation et des pratiques.	Oui	Une équipe pluridisciplinaire, composée de cinq médecins, un cadre supérieur de santé et un cadre de santé se sont réunis régulièrement. La méthode choisie est celle de l'enquête de pratiques par questionnaire auprès des pairs. Ce questionnaire présente 3 parties : - le cadre général et la population ; - la pratique et le repérage avec un test de concordance de script, portant sur la démarche diagnostique et rédigé sous forme de 3 vignettes cliniques ; - la prise en charge dont découlera une amélioration de la conduite à tenir. Seules les deux dernières parties ont été analysées et ont permis de repérer la nécessité de recentrer la conduite à tenir de l'équipe non homogène et de formaliser un protocole.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres	Oui	L'établissement a utilisé la recommandation suivante : conférence de consensus : « Conséquences des maltraitements sexuels : les	

REFERENCE 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux**Critère** | **42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
équipes, etc.).		reconnaître, les soigner, les prévenir. » (Fédération française de Psychiatrie - Méthodologie ANAES - Novembre 2003).	
Définition d'objectifs d'amélioration.	Oui	Des objectifs d'amélioration ont été définis : - partager les résultats et la restitution de l'enquête avec l'équipe de pédopsychiatrie ; - élaborer un protocole pour organiser la mise en œuvre des bonnes pratiques en les corrélant à la littérature et aux conférences de consensus.	
Mise en oeuvre d'actions d'améliorations.	Oui	Des actions d'amélioration ont été mise en œuvre : - un diaporama des résultats de la démarche d'évaluation a été élaboré et a été restitué aux équipes ; - un plan d'action a été défini en réunion d'équipe ; - le protocole de prise en charge de la suspicion de maltraitance sexuelle a été rédigé et proposé à l'équipe pour ajustement et correction. Il a été finalisé et diffusé.	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	Non	Une nouvelle enquête de pratique pour mesurer l'impact du protocole est prévue fin 2011. Un indicateur de suivi par un codage PMSI spécifique dans le dossier psychiatrique informatisé est envisagé.	

N° de l'action/programme : 2

Intitulé de l'action/programme : Prise en charge de l'évaluation de la douleur

REFERENCE 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux			
Critère	42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration.	Oui	Afin d'améliorer la prise en charge de la douleur (priorité de santé publique) et constatant un potentiel d'amélioration démontré par l'indice IPAQSS 2008, l'établissement a choisi ce thème dans l'objectif de rendre systématique l'évaluation de la douleur et sa traçabilité, au même titre que celles des autres paramètres vitaux.	A
Analyse de l'organisation et des pratiques.	Oui	L'analyse a été conduite par une équipe pluridisciplinaire, composée de 3 médecins, 1 cadre et 1 infirmière anesthésiste et 4 membres du CLUD. L'analyse a été réalisée par deux audits cliniques ciblés rétrospectifs, portant chacun sur 30 dossiers et réalisés dans les services de pneumologie et de chirurgie générale. Celle-ci a montré : - une traçabilité généralement défailante, y compris sur les supports informatiques ; - l'absence d'évaluation initiale systématique de la douleur, de sa réévaluation, de la traçabilité des effets secondaires des traitements ; - la méconnaissance des échelles comportementales d'évaluation de la douleur.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	Oui	L'équipe s'est appuyée sur les références suivantes : - « Prise en charge douleur postopératoire » - HAS (juin 2005) ; - « Prise en charge douleur de la personne âgée » - ANAES (octobre 2000) ; - « Évaluation de la douleur du cancer » - SOR (2002) et sur les dispositions législatives et réglementaires relatives à la prise en charge de la douleur.	

REFERENCE 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux**Critère** 42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Définition d'objectifs d'amélioration.	Oui	Des objectifs d'amélioration ont été définis et concernent : - l'amélioration de la traçabilité de l'évaluation de la douleur ; - la réévaluation systématique des évaluations et l'adaptation des soins le cas échéant ; - la formation des professionnels sur les échelles comportementales d'évaluation de la douleur ; - et l'amélioration de la traçabilité des effets secondaires de la morphine.	
Mise en oeuvre d'actions d'améliorations.	Oui	Les actions d'amélioration qui ont été conduites sont : - la communication auprès des personnels concernés des résultats de cette évaluation ; - la mise en œuvre d'actions de communication sur l'évaluation de la douleur ; - la mise en œuvre d'actions de formations sur les différents outils d'évaluation de la douleur ; - la création d'un support informatique pour faciliter la traçabilité des effets indésirables des traitements ; - et la mise à jour du « classeur douleur ».	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	Non	La réévaluation de la démarche est programmée fin 2010.	

N° de l'action/programme : 3

Intitulé de l'action/programme : Amélioration de la prévention et de la prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI)

REFERENCE 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux			
Critère	42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration.	Oui	Le choix de cette évaluation a été motivé par la fréquence constatée de cette pathologie, dont la prévention est une priorité de santé publique et compte tenu des potentialités d'amélioration de la prise en charge perçue par les professionnels.	A
Analyse de l'organisation et des pratiques.	Oui	L'analyse des pratiques a été conduite par une équipe pluridisciplinaire composée de trois médecins, d'un obstétricien, d'un anesthésiste, d'un transfuseur, du cadre de santé de la maternité et de deux sages-femmes. Au total, 3 audits cliniques ciblés, concernant l'organisation du service, la prévention et la prise en charge de l'hémorragie du post-partum, ont été réalisés sur 30 dossiers de patients hospitalisées entre 2006 et 2008. Les évaluations ont montré la nécessité de réactualiser les protocoles existants.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	Oui	Les références bibliographiques utilisées sont « Les recommandations pour la pratique clinique, Hémorragies du post-partum immédiat » (HAS - novembre 2004).	
Définition d'objectifs d'amélioration.	Oui	Le groupe de travail a défini un plan d'actions comprenant les interventions suivantes : - la formalisation d'un protocole de prise en charge des patientes ; - la création de supports spécifiques dans le dossier de soins afin d'améliorer la traçabilité des actions réalisées ; - l'organisation de séances d'information et de formation des professionnels.	
Mise en oeuvre d'actions d'améliorations.	Oui	Les actions suivantes ont été mises en oeuvre :	

REFERENCE 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux			
Critère	42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
		<ul style="list-style-type: none"> - communication auprès des personnels concernés des résultats de cette démarche d'évaluation ; - formalisation d'un protocole relatif à la prévention de l'hémorragie du post-partum et à sa prise en charge ; - la mise en œuvre d'une revue semestrielle des dossiers. 	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	Non	L'établissement a programmé de renouveler l'audit clinique ciblé annuellement.	

N° de l'action/programme : 4

Intitulé de l'action/programme : Evaluation de la prise en charge des patients diabétiques ssur le Centre Hospitalier

REFERENCE 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux			
Critère	42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration.	Oui	Le choix de cette évaluation est motivée par la fréquence de la prise en charge des patients diabétiques et le constat d'une marge de progrès potentielle. Par ailleurs, l'établissement a créé une « unité transversale de nutrition et d'éducation thérapeutique » à laquelle le CLAN participe.	B
Analyse de l'organisation et des pratiques.	Oui	L'analyse de l'organisation et des pratiques a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire, constituée de deux médecins, d'un biologiste, d'une pharmacienne et deux infirmières. Le groupe a conduit un audit clinique prospectif sur 60 prises en charges de novembre 2008 à mai 2009. L'analyse a montré l'insuffisance du dosage de paramètres biologiques, et du recours aux consultations cardiologiques et diététiques, et celle de l'examen des pieds.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	Oui	Les références utilisées sont les recommandations de bonnes pratiques « Diabète de type 2 » - HAS - juillet 2007.	
Définition d'objectifs d'amélioration.	Oui	les objectifs d'améliorations qui ont été planifiés sont : - l'information des soignants, notamment au moyen de la présentation de la démarche d'évaluation ; - la création d'un support spécifique dans le dossier du patient informatisé pour le suivi des patients diabétiques.	
Mise en oeuvre d'actions d'améliorations.	En partie	Une action d'amélioration a été mise en œuvre, à savoir la communication auprès des personnels et instances concernées des résultats de la démarche d'évaluation. Par ailleurs, est programmée la formalisation du protocole de la prise en charge du patient diabétique avec les professionnels de l'unité transversale de nutrition et d'éducation thérapeutique.	

REFERENCE 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux			
Critère	42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	Non	la mesure d'impact est prévue par : - le suivi annuel des items de l'audit dans les mêmes services durant un mois donné ; - la mise en place d'un audit mensuel aléatoire dans d'autres services.	

N° de l'action/programme : 5

Intitulé de l'action/programme : Préparation de la sortie du patient âgé hospitalisé en SSR

REFERENCE 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux			
Critère	42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration.	Oui	Dans le contexte de prise en charge d'une population âgée sans filière gériatrique adaptée, l'établissement a opté pour cette évaluation dans l'objectif potentiel d'améliorer les conditions de sortie des patients et d'améliorer l'adéquation entre les conditions de sortie, l'autonomie et les conditions de vie.	B
Analyse de l'organisation et des pratiques.	Oui	Un groupe de travail pluridisciplinaire (médecin, cadre de santé, infirmière, aide-soignante, assistante sociale) a organisé cette évaluation sur la méthode de l'audit clinique ciblé. Une évaluation rétrospective sur 30 dossiers tirés au sort a été réalisée. Une grille d'évaluation constituée de dix critères a été conçue sur la base de référentiels reconnus. L'analyse des résultats met en évidence des écarts par rapport aux objectifs attendus, liés : - aux difficultés d'anticipation de la sortie ; - au problème de traçabilité dans les dossiers patients ; - à des différences de prise en charge dans la même unité de soins.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	Oui	Le groupe de travail a effectué une recherche bibliographique et s'est appuyé notamment sur les référentiels suivants : - Conférence de consensus : « Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique » - ANAES/Société française d'Économie de la Santé - (09/12/2004) ; - Evaluation des pratiques professionnelles : « Préparation de la sortie du patient hospitalisé » - ANAES - (novembre 2001) ; - Règles et outils d'évaluation de l'autonomie (grille AGGIR) validés par	

REFERENCE 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux**Critère** 42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
Définition d'objectifs d'amélioration.	Oui	<p>le Conseil général permettant d'affecter les moyens financiers pour la dépendance et de calculer le tarif dépendance.</p> <hr/> <p>Des objectifs d'amélioration suivants ont été définis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - organiser et formaliser les règles d'admission et de sortie des patients en SSR ; - organiser le suivi et la traçabilité des informations dans le dossier patient en SSR (informatique et papier) ; - développer la coordination avec les structures d'aval et les CLIC. <p>Ces trois objectifs débouchent sur un plan d'action composé de 16 actions concrètes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibiliser l'équipe soignante à la problématique de la sortie. 2. Rédiger un projet de procédure d'admission. 3. Sensibiliser et former le personnel au recueil des données. 4. Créer une fiche mentionnant les coordonnées du service, du cadre, du médecin et de l'assistante sociale, présentant le service et invitant les familles à rencontrer ces intervenants lors de la 1re semaine suivant l'admission du patient. La remettre à chaque entrant. 5. Relancer systématiquement les familles pour organiser la sortie. 6. Évaluer le domicile et les besoins techniques. 7. Rédiger un projet de procédure de sortie. 8. Rédiger une fiche de liaison IDE. 9. Améliorer la traçabilité des rencontres entre l'équipe soignante et les familles. 10. Équiper le service social en poste informatique. 11. Mettre en place des staffs pluridisciplinaires hebdomadaires. 12. Organiser la traçabilité des décisions concernant le devenir, le projet de vie du patient et son adhésion au projet. 13. Alerter le responsable qualité sur la nécessité d'une mise en place d'une procédure de personne de confiance sur l'ensemble de l'établissement. 	

REFERENCE 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux

Critère	42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.
----------------	---

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation de l'action
		14. Faciliter la consultation de préadmission et la visite préalable du patient et de la famille dans les EHPAD. 15. Organiser les relations avec l'HAD. 16. Faire vivre les conventions avec les CLIC.	
Mise en oeuvre d'actions d'améliorations.	En partie	Le plan d'action engagé depuis fin 2008 a permis au groupe de travail de mettre en œuvre les actions suivantes : - actions de sensibilisation des professionnels à la nécessité de la préparation de la sortie ; - mise en place du formulaire de recueil de la personne de confiance ; - mise en place ds staffs hebdomadaires. Par ailleurs, le groupe de travail a programmé la formalisation d'un protocole sur la prise en charge des personnes âgées.	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	Non	L'établissement a programmé un nouvel audit clinique ciblé en 2011.	

B LES USAGERS ET LES CORRESPONDANTS EXTERNES

REFERENCE 43 : L'évaluation de la satisfaction du patient, de son entourage et des correspondants externes				
Critère	43a : Le recueil de la satisfaction, les réclamations et les plaintes des patients et de leur entourage sont suivis d'actions d'amélioration.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil de la satisfaction des patients et de leur entourage.	Oui		B	-
Recueil des plaintes et réclamations (réception, centralisation, identification, etc.).	Oui			
Analyse à périodicité définie des données recueillies.	Oui			
Mise en oeuvre et suivi des actions d'amélioration.	Oui			
Communication des résultats et de l'efficacité des actions aux patients et aux professionnels.	En partie	La communication des résultats et de l'efficacité des actions aux patients et aux professionnels est réalisée essentiellement par le biais des instances et de la CRUQPC notamment. L'établissement ne réalise pas une communication large de ces résultats, et ne dispose pas de moyens permettant une telle communication.		

REFERENCE 43 : L'évaluation de la satisfaction du patient, de son entourage et des correspondants externes**Critère** 43b : Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Mesure et analyse à périodicité définie des délais d'attente (justification, critères, etc.).	En partie	La mesure des délais d'attente est réalisée dans certains services (urgences, chirurgie ambulatoire, hôpital de jour, CMP). Cependant, ces mesures ne relèvent pas d'un programme d'analyse organisé pour l'ensemble des secteurs d'activité.	C	
Mise en oeuvre des actions d'amélioration.	En partie	La mise en œuvre des actions d'amélioration est liée aux mesures réalisées et ne relève pas d'un plan d'actions formalisé.		
Communication des résultats et de l'efficacité des actions aux patients et aux professionnels.	Non	L'établissement ne réalise pas de communication sur les délais d'attente.		

REFERENCE 43 : L'évaluation de la satisfaction du patient, de son entourage et des correspondants externes**Critère** 43c : La satisfaction des correspondants externes est évaluée et prise en compte.

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil de la satisfaction des correspondants externes à périodicité définie.	En partie	Le recueil de la satisfaction des correspondants externes est réalisé ponctuellement et dépend de l'initiative des praticiens. Par ailleurs, les conventions de coopération font l'objet d'une évaluation. Cependant, l'établissement n'organise pas un recueil de la satisfaction des correspondants externes de façon systématique.	C	
Analyse des données recueillies.	Non	Les données recueillies ne font pas l'objet d'une analyse formelle.		
Mise en oeuvre et suivi des actions d'amélioration.	Non	L'établissement n'a pas formalisé de plan d'actions.		
Communication des résultats et de l'efficacité des actions aux correspondants externes et aux professionnels de l'établissement.	Non	L'établissement n'a pas organisé d'actions de communication.		

C POLITIQUES ET MANAGEMENT

REFERENCE 44 : L'évaluation des politiques et du management				
Critère	44a : Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en oeuvre.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif d'évaluation de la politique de GRH (indicateurs pertinents, bilan social, etc.).	Oui		B	-
Dispositif de recueil de la satisfaction (enquêtes de satisfaction réalisées à périodicité définie, enquêtes d'opinion, audits sociaux, etc.).	En partie	Une enquête ponctuelle a été réalisée et a permis de servir de base à la réalisation d'un livret d'accueil. Toutefois, les actions réalisées ne relèvent pas d'un dispositif général.		
Analyse et prise en compte des résultats d'évaluation en concertation avec les instances et partenaires sociaux.	Oui			

REFERENCE 44 : L'évaluation des politiques et du management

Critère	44b : Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs.
----------------	---

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil de l'avis des utilisateurs (questionnaires de satisfaction, enquêtes d'opinion, réunions de service, comité utilisateurs, etc.).	En partie	Le recueil de l'avis des utilisateurs est réalisé pour certaines fonctions logistiques (biomédical et blanchisserie), mais n'est pas généralisé à l'ensemble des fonctions logistiques.	B	-
Évaluation des différentes prestations logistiques.	En partie	Des évaluations sont réalisées pour certaines fonctions logistiques (biomédical, blanchisserie, cuisine), mais ne sont pas généralisées à l'ensemble des fonctions logistiques.		
Mise en oeuvre d'actions d'amélioration (révision de contrat avec les prestataires externes, etc.).	Oui			

REFERENCE 44 : L'évaluation des politiques et du management				
Critère	44c : Une évaluation du système d'information est mise en oeuvre.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil des dysfonctionnements du SI.	Oui		C	
Analyse des résultats d'évaluation.	En partie	Certaines applications font l'objet d'un bilan annuel. Toutefois, l'établissement ne met pas en œuvre une procédure régulière visant à recueillir l'avis et la satisfaction des utilisateurs.		
Mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	En partie	Des actions ponctuelles d'amélioration sont mises en œuvre. Cependant, l'établissement ne met pas en œuvre un plan d'actions d'amélioration organisé et conçu de façon participative.		

REFERENCE 44 : L'évaluation des politiques et du management**Critère****44d : L'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Évaluation périodique de l'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité.	En partie	L'évaluation périodique de l'atteinte des objectifs est réalisée au niveau des groupes chargés des actions. Cependant, cette évaluation n'est pas effectuée au niveau de l'organisation mise en place, pour le pilotage général du projet de prise en charge des patients.	C	
Évaluation périodique de l'efficacité du programme de gestion des risques et de veille sanitaire.	En partie	L'établissement réalise l'évaluation de l'efficacité du programme des vigilances et de prévention des risques professionnels. Toutefois, il ne réalise pas d'évaluation générale en matière de prévention de risques en l'absence d'un programme global formalisé.		
Réajustement des programmes.	En partie	Le réajustement des actions des groupes chargés des actions qualité est réalisé. Cependant, le programme général d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques n'a pas fait l'objet d'une réactualisation du fait de l'absence de son évaluation.		
Communication des résultats.	En partie	La communication des résultats est réalisée au niveau des instances et des comités de vigilances. Toutefois, l'établissement n'organise pas d'actions de communication générale dans le domaine de l'efficacité du programme de gestion de la qualité et de la gestion des risques.		

REFERENCE 44 : L'évaluation des politiques et du management				
Critère	44e : Les objectifs déterminés dans les orientations stratégiques font l'objet d'un suivi, d'une évaluation et d'une communication interne.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Suivi des objectifs déterminés dans les orientations stratégiques.	Oui		B	-
Analyse et exploitation des données.	Oui			
Réajustement des objectifs.	Oui			
Communication interne à périodicité définie (sélection des résultats, destinataires, supports, etc.).	En partie	La communication interne est organisée au niveau des instances. Cependant, l'établissement n'a pas organisé de communication générale sur le suivi des orientations stratégiques.		

REFERENCE 44 : L'évaluation des politiques et du management**Critère****44f : La direction et les instances disposent d'éléments permettant des comparaisons avec des établissements similaires.**

Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification d'éléments standardisés permettant les comparaisons (données du PMSI et de la SAE, etc.).	Oui		B	-
Recensement d'éléments spécifiques ou qualitatifs permettant les comparaisons (projets managériaux partagés, rapports annuels fédéraux, etc.).	Oui			
Recueil et analyse des éléments de comparaison, d'interprétation des résultats et de décision de réajustement des écarts.	En partie	L'établissement dispose de nombreux outils et de données lui permettant des comparaisons avec des établissements similaires. Toutefois, il n'a pas développé de méthode d'analyse et d'interprétation des résultats.		

Actions remarquées par les experts-visiteurs concernant le chapitre IV

Intitulé de l'action	Objectif	Résultat
-	-	-

PARTIE 3 - DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

PARTIE 3

DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Certification avec suivi

Au vu des éléments d'appréciation non satisfaits (présents en partie ou absents) mentionnés dans le présent rapport issu des résultats de l'auto-évaluation et de la visite sur site, la HAS prononce **une certification avec suivi** qui porte sur le(s) point(s) suivant(s) :

11b (La gestion des risques est organisée et coordonnée.).

Ce(s) point(s) feront l'objet d'un **rapport de suivi dans un délai de 12 mois**.

La HAS invite l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité sur les points suivants :

1d (Les responsables pilotent leurs secteurs d'activité en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.).

2b (Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.).

4b (Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.).

6b (L'établissement définit et met en oeuvre une politique d'évaluation des pratiques professionnelles en cohérence avec la politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.).

10d (Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé.).

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.) ;11e (L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.).

18b (Une identification fiable et unique du patient est assurée.).

19b MCO (Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur ses soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.) ;19c

SSR (Le patient désigne les personnes qu'il souhaite voir informer.) ;19d MCO, SSR, PSY (Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable grave lors de sa prise en charge.).

20a MCO (La volonté du patient est respectée et son consentement éclairé est requis pour toute pratique le concernant.).

21a MCO (La confidentialité des informations relatives au patient est garantie.).

24a MCO (Le patient et, s'il y a lieu, son entourage, sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.) ;24c PSY (La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.) ;24d MCO (La restriction de liberté de circulation du patient fait l'objet d'une information au patient et à son entourage, d'une prescription médicale écrite et d'une réévaluation périodique.).

26b PSY (Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.).

30b MCO, SSR, PSY (Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.) ;30c SSR, PSY (La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais.).

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.).

38a MCO, SSR (La volonté du patient est prise en compte.).

43b (Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.) ;43c (La satisfaction des correspondants externes est évaluée et prise en compte.).

44c (Une évaluation du système d'information est mise en oeuvre.) ;44d (L'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.).

INDEX

AES :	Accident d'exposition au sang	ASHQ :	Agent des services hospitaliers qualifié
AFS :	Agence française du sang	AVC :	Accident vasculaire cérébral
AFSSA :	Agence française de sécurité sanitaire des aliments	BDSF :	Banque de données statistiques et financières
AFSSAPS :	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	BMR :	Bactéries multirésistantes
ANDEM :	Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale	BO :	Bulletin officiel
ANDRA :	Agence nationale pour la gestion des déchets radioactifs	CA :	Conseil d'administration
AP :	Atelier protégé	CAF :	Caisse d'allocations familiales
ARECLIN :	Association régionale des comités de lutte contre les infections nosocomiales	CAMPS* :	Centrale d'approvisionnement en matériel pharmaceutique stérile
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation	CAMSP :	Centre d'action médico-sociale précoce
ARTT :	Aménagement de la réduction du temps de travail	CAT :	Centre d'aide par le travail
AS :	Aide-soignante	CATTP :	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
ASH :	Agent des services hospitaliers	CCLIN :	Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
		CCM :	Commission consultative médicale
		CCMU :	Classification clinique des malades aux urgences

CCPPRB :	Comité consultatif pour la protection des personnes dans la recherche biomédicale	CLIN :	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CDAM :	Catalogue des actes médicaux	CLSSI :	Commission locale du service de soins infirmiers
CE :	Comité d'entreprise	CLUD :	Comité de lutte contre la douleur
CEDPA :	Cellule d'évaluation de la dépendance chez la personne âgée	CMA :	Comorbidité associée
CEME :	Commission d'évaluation médicale de l'établissement	CMC :	Catégorie majeure clinique
CESF :	Conseillère en économie sociale et familiale	CMD :	Catégorie majeure de diagnostic
CGSH :	Comité de gestion du service informatique d'hospitalisation	CME :	Commission médicale d'établissement (publique)
CH :	Centre hospitalier	CME :	Conférence médicale d'établissement (privée)
CHR :	Centre hospitalier régional	CMP :	Centre médicopsychologique
CHRS :	Centre d'hébergement et de réadaptation spécialisé	CMU :	Couverture maladie universelle
CHS :	Centre hospitalier spécialisé	CNAM :	Caisse nationale d'assurance-maladie
CHSCT :	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail	CNIL :	Commission nationale informatique et libertés
CHU :	Centre hospitalier universitaire	CNMBRDP :	Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal
CIM :	Classification internationale des maladies	COM :	Contrat d'objectifs et de moyens
CLAN :	Comité de liaison alimentation et nutrition	COMAIB :	Commission médicoadministrative de l'informatique et de la bureautique
CLCC :	Centre de lutte contre le cancer	COMEDIMS :	Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CLIC :	Centre local d'information et de coordination	COQ :	Comité d'organisation qualité

COTOREP :	Comité technique d'orientation et de reclassement professionnel	DACQ :	Démarche d'amélioration continue de la qualité
COTRIM :	Comité technique régional de l'information médicale	DAETB :	Direction des affaires économiques, techniques et biomédicales
CPAM :	Caisse primaire d'assurance-maladie	DAF :	Direction des affaires financières
CPS :	Carte de professionnel de santé	DAFSI :	Direction des affaires financières et du système d'information
CQAGR :	Comité qualité, accréditation et gestion des risques	DAMR :	Direction des affaires médicales et de la recherche
CRAM :	Caisse régionale d'assurance-maladie	DAR :	Département d'anesthésie réanimation
CRIH :	Centre régional d'informatique hospitalier	DARH :	Directeur d'agence régionale de l'hospitalisation
CRLCC :	Centre régional de lutte contre le cancer	DASRI :	Déchets d'activité de soins à risque infectieux
CROSS :	Comité régional d'organisation sanitaire et sociale	DDAF :	Direction départementale de l'agriculture et des forêts
CRPV :	Centre régional de pharmacovigilance	DDASS :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
CRUQ :	Commission de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge	DDE :	Direction départementale des équipements
CSP :	Code de la santé publique	DES :	Direction des services économiques
CSSI :	Commission du service de soins infirmiers	DGCCRF :	Direction générale de la consommation de la concurrence et de la répression des fraudes
CSTH :	Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance	DGS :	Direction générale de la santé
CTE :	Comité technique d'établissement	DHOS :	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
CTEL :	Comité technique d'établissement	DIL :	Direction de l'ingénierie et de la logistique
CTS :	Centre de transfusion sanguine		

DIM :	Département d'information médicale	EBLSE :	Entérobactérie bêtalactamase à spectre élargi
DIVLD :	Dispositif intravasculaire de longue durée	ECE :	Équipe centrale d'entretien
DM :	Dispositif médical	ECG :	Électrocardiogramme
DMS :	Durée moyenne de séjour	ECHEL :	Équipe centralisée d'hygiène et d'entretien des locaux
DOMES :	Données médicales, économiques et sociales	ECT :	Électroconvulsivothérapie (remplace sismothérapie, électrochoc)
DOQ :	Directeur organisation qualité	EEG :	Électroencéphalogramme
DPA :	Dialyse péritonéale automatisée	EFG :	Établissement français des greffes
DPCA :	Dialyse péritonéale continue ambulatoire	EFR :	Épreuves fonctionnelles respiratoires
DPRSCT :	Direction du personnel, des relations sociales et des conditions de travail	EFS :	Établissement français du sang
DRASS :	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales	EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
DRH :	Direction des ressources humaines	EIDLIN :	Équipe interdépartementale de lutte contre l'infection nosocomiale
DRIRE :	Délégation régionale à l'industrie, à la recherche et à l'environnement	EMG :	Électromyogramme
DSIO :	Direction du service informatique et de l'organisation	ENC :	Échelle nationale de coûts
DSSI :	Direction du service de soins infirmiers	EOH :	Équipe opérationnelle d'hygiène
DSV :	Direction des services vétérinaires	EOHH :	Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
DU :	Diplôme universitaire	EPU :	Enseignement POSTuniversitaire
DURQ :	Direction des usagers, des risques et de la qualité	ES :	Établissement de santé

ESB :	Encéphalopathie spongiforme bovine	HDT :	Hospitalisation à la demande d'un tiers
ESH :	Employé des services hospitaliers	HIV :	Human immunodeficiency virus
ETO :	Échographie transœsophagienne	HO :	Hospitalisation d'office
ETP :	Emploi temps partiel	IADE :	Infirmière anesthésiste diplômée d'État
ETS :	Établissement de transfusion sanguine	IAO :	Infirmière d'accueil et d'orientation
ETS :	Établissements de transfusion sanguine	IASS :	Inspecteur des affaires sanitaires et sociales
GBEA :	Guide de bonne exécution des analyses médicales	IBODE :	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État
GCS :	Groupement de coopération sanitaire	ICR :	Indice de coût relatif
GEMSA :	Groupe d'étude multicentrique des services d'accueil	IDE :	Infirmière diplômée d'État
GHJ :	Groupe homogène de journées	IFSI :	Institut de formation en soins infirmiers
GHM :	Groupes homogènes de malades	IGEQSI :	Indicateurs globaux d'évaluation de la qualité des soins infirmiers
GIE :	Groupement d'intérêt économique	IGH :	Immeuble de grande hauteur
GIP :	Groupement d'intérêt professionnel	IME :	Institut médicoéducatif
GMAO :	Gestion de maintenance assistée par ordinateur	IMP :	Institut médicopédagogique
GPEC :	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	IMPRO :	Institut médicoprofessionnel
HACCP :	Hazard analysis control critical point (analyse des risques et maîtrise des points critiques)	IRM :	Imagerie par résonance magnétique
HAS :	Haute Autorité de Santé	ISA :	Indice synthétique d'activité
HDJ :	Hôpital de jour	ISO :	International standard organization
		IVG :	Interruption volontaire de grossesse

JO :	Journal officiel		ionisantes
MAHOS :	Mesure de l'activité hospitalière	OQN :	Objectifs quantifiés nationaux
MAPAD :	Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes	PAC :	Praticien associé contractuel
MAS :	Maison d'accueil spécialisée	PAQ :	Programme d'amélioration de la qualité
MCJ :	Maladie de Creutzfeldt-Jakob	PASS :	Permanence d'accès aux soins de santé
MCO :	Médecine, chirurgie, obstétrique	PCA :	Patient controled analgesia (pompes analgésiques contrôlées)
MDS :	Médicament dérivé du sang	PCEA :	Patient controled epidural analgesia
MFQ :	Mouvement français de la qualité	PCS :	Poste central de sécurité
MGEN :	Mutuelle générale de l'Éducation nationale	PFC :	Produits frais congelés
MISP :	Médecin inspecteur de santé publique	PFT :	Placement familial thérapeutique
MKDE :	Masseur-kinésithérapeute diplômé d'État	PHISP :	Pharmacien inspecteur de santé publique
MOF :	Manuel d'organisation et de fonctionnement	PME :	Projet médical d'établissement
MPR :	Médecine physique et réadaptation	PMI :	Protection materno-infantile
MRIICE :	Mission régionale et interdépartementale d'inspection de contrôle et d'évaluation	PMO :	Prélèvement multiorgane
NGAP :	Nomenclature générale des actes professionnels	PMSI :	Programme de médicalisation du système d'information
NIP :	Numéro d'identification permanent	POSU :	Pôle spécialisé d'urgence
NPP :	Numéro patient permanent	PRN :	Projet de recherche en nursing
OMS :	Organisation mondiale de la santé	PSL :	Produit sanguin labile
OPRI :	Office de protection contre les radiations	PUI :	Pharmacie à usage intérieur

RABC :	Risk analysis biocontamination control	SMUR :	Service mobile d'urgence et de réanimation
RAI :	Réaction à usage immune	SROS :	Schéma régional d'organisation sanitaire
RAQ :	Responsable assurance qualité	SROSS :	Schéma régional d'organisation sanitaire et social
RHS :	Résumé hebdomadaire standardisé	SSIAD :	Service de soins infirmiers à domicile
RRF :	Rééducation et réadaptation fonctionnelles (remplacé par MPR)	SSPI :	Salle de surveillance postinterventionnelle
RSD :	Règlement sanitaire départemental	SSR :	Soins de suite et réadaptation
RSIO :	Responsable du système d'information et de l'organisation	TIAC :	Toxi-infection alimentaire collective
RSS :	Résumé de sortie standardisé	TIM :	Technicienne de l'information médicale
RSS* :	Réseau de santé social	UCDM :	Unité centrale d'archivage des dossiers médicaux
RUM :	Résumé d'unité médicale	UCV :	Unité cardiovasculaire
SAE :	Statistiques appliquées aux établissements	UMSP :	Unité médicale de soins palliatifs
SAMU :	Service d'aide médicale d'urgence	UPATOU :	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
SAU :	Service d'accueil des urgences	UPC :	Unité de production culinaire
SEP :	Sclérose en plaques	USIC :	Unité de soins intensifs cardiologiques
SFAR :	Société française d'anesthésie et de réanimation	USP :	Unité de soins palliatifs
SIDA :	Syndrome d'immunodéficience acquise	VIH :	Virus d'immunodéficience humaine
SIH :	Système d'information hospitalier	VSL :	Véhicule sanitaire léger
SIIPS :	Soins infirmiers individualisés à la personne soignée		

