



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

# **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

## **CENTRE HOSPITALIER DE HOUDAN**

42 rue de paris - 78550 - Houdan

DÉCEMBRE 2012

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b>	<b>4</b>
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
<b>1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>8</b>
<b>2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>10</b>
1. Niveau de certification	11
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4. Critères investigués lors de la visite de certification	14
5. Suivi de la décision	15
<b>3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS</b>	<b>17</b>
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	20
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	22
3. Regard Patient	24
<b>4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>24</b>

<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES</b>	<b>27</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>29</b>
PARTIE 1. Management stratégique	30
PARTIE 2. Management des ressources	54
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	95
<b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	<b>119</b>
PARTIE 1. Droits et place des patients	120
PARTIE 2. Gestion des données du patient	187
PARTIE 3. Parcours du patient	206
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	306
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	320
<b>6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>327</b>
<b>7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	<b>329</b>

# PREAMBULE

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

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

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

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

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

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT



# CENTRE HOSPITALIER DE HOUDAN

**Adresse :** 42 rue de paris  
78550 Houdan YVELINES

**Statut :** Public

**Type d'établissement :** Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	20	0	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	17	0	0
Soins de longue durée	30	0	0

Nombre de sites.:	Un seul site.
Activités principales.:	Médecine, SSR, SLD.
Activités de soins soumises à autorisation.:	Médecine, SSR, SLD.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Centre Hospitalier de Dreux. Centre Hospitalier de Versailles. Centre Hospitalier de Rambouillet. Hôpital de Plaisir Grignon. GCS Yvelines Sud (création en août 2011). Objectif du GCS: développer les coopérations et les parcours de soins.
Regroupement/Fusion.:	Prévision d'un GCS avec le CHG de Dreux et le CH de Verneuil sur Avre pour l'année 2013. Objectifs du GCS: formaliser des filières de soins entre hôpital de proximité et hôpital de référence.
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	/

## 2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1.Niveau de certification

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

## Décisions

### RECOMMANDATION(S)

6.a (Sécurité des biens et des personnes) .

8.f (Gestion des évènements indésirables ) .

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

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

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

La visite de certification s'est déroulée du 25 au 28 septembre 2012.  
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigué les critères suivants :

##### **MANAGEMENT STRATÉGIQUE**

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

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

3.a, 3.b, 6.a, 6.c, 7.b, 7.c, 7.e

##### **MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS**

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

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

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

##### **GESTION DES DONNÉES DU PATIENT**

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

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

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

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

28.a, 28.b, 28.c

## 5.Suvi de la décision

Données non disponibles

## 3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS



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

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

### Ensemble des thématiques du manuel

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

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

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

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

### Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

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

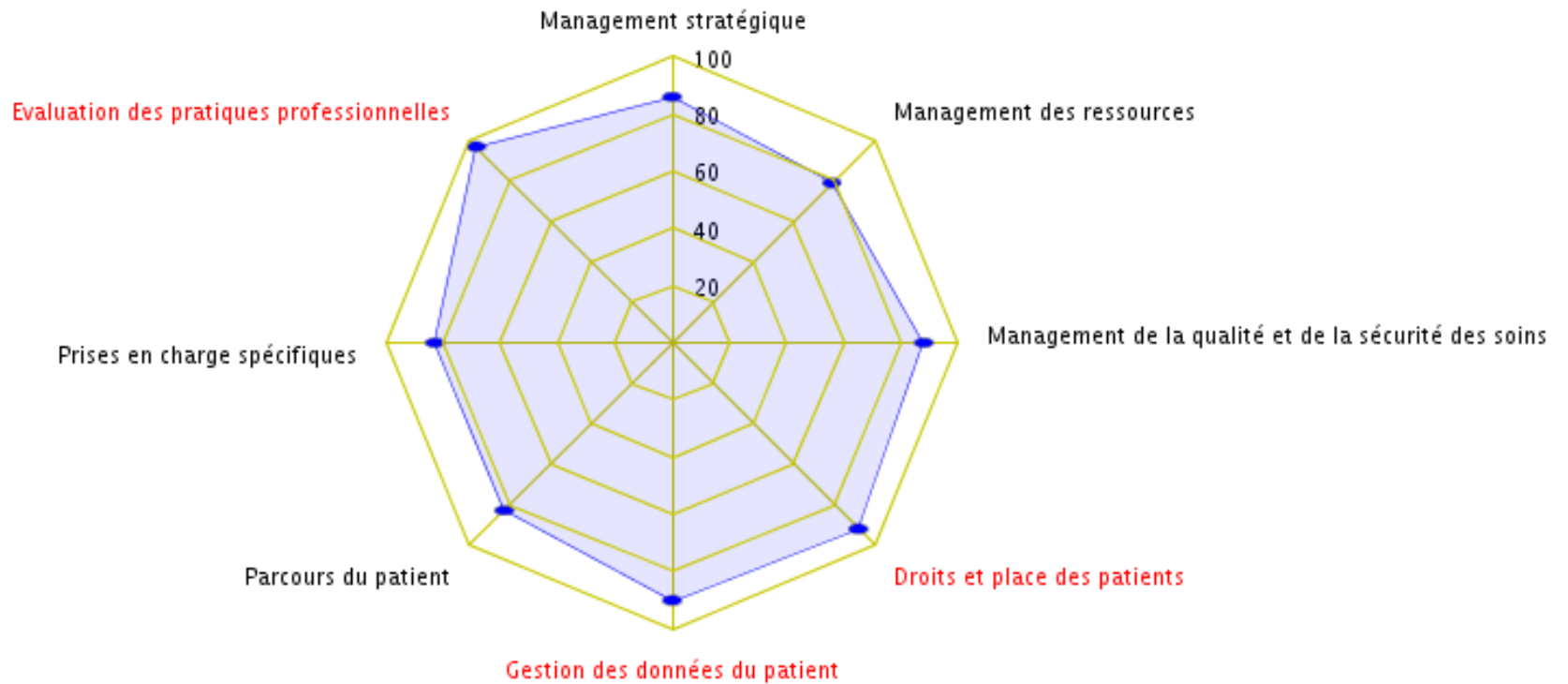
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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

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

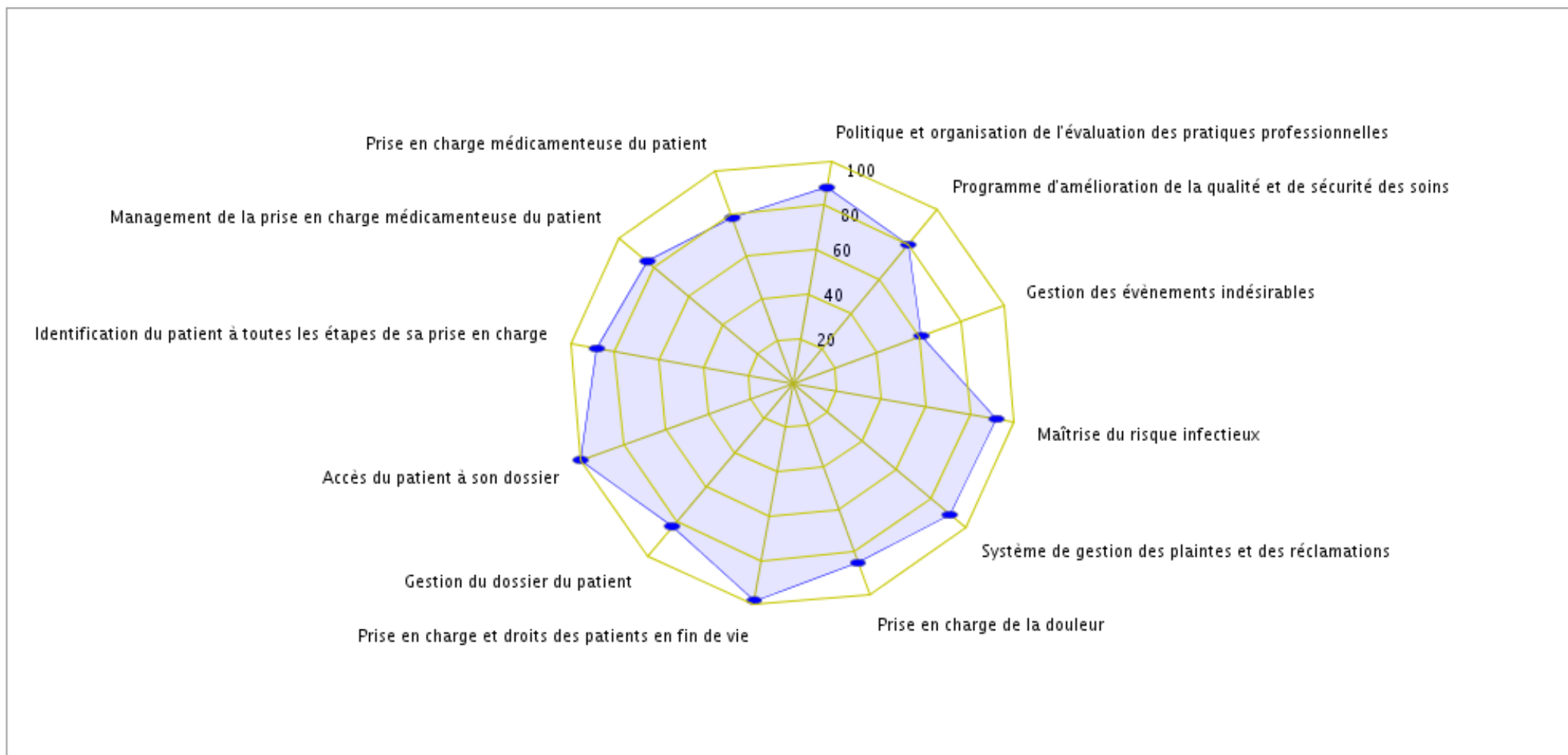
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé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

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

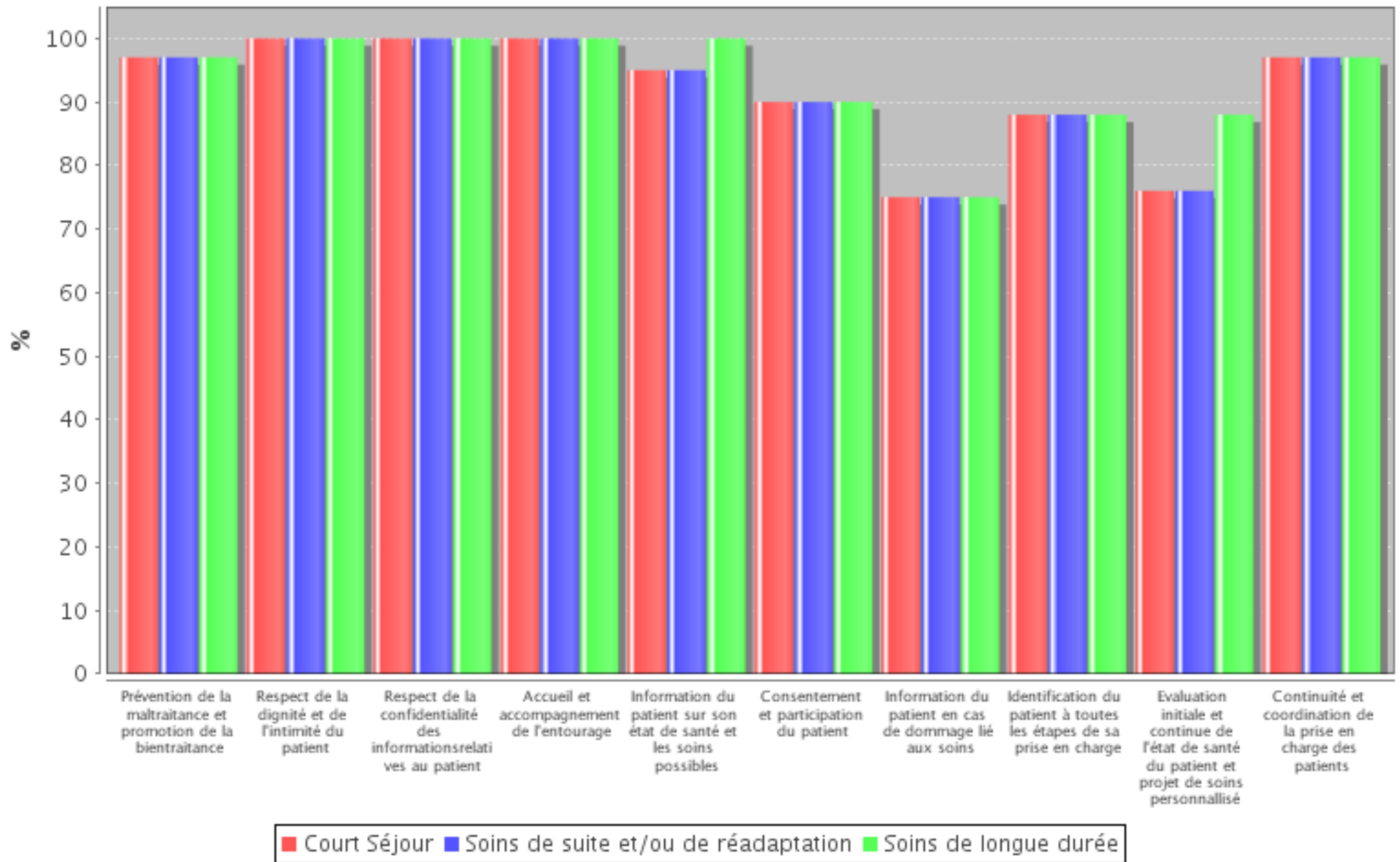


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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



### 3. Regard patient



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

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
18 d (L'élimination des déchets, notamment d'activités de soins, est organisée)	Type 1	En cours	L'élimination des déchets est organisée, une procédure est en place. Cependant, des raisons architecturales ne permettent pas à l'établissement de disposer de local intermédiaire. Les risques liés à cette organisation ont été identifiés, et des mesures de prévention mises en œuvre et suivies. Cette organisation fait l'objet d'un audit annuel.
24 a (Les règles de tenue du dossier du patient sont connues des différents intervenants).	Type 1	Oui	La procédure concernant les règles de tenue du dossier est formalisée et connue de l'ensemble des professionnels. Elle est accessible sur le logiciel de gestion documentaire ainsi que sous forme papier dans les services de soins.
50 b (L'efficacité de la gestion des risques et des vigilances est évaluée). 50 c (La maîtrise de la documentation est évaluée).	Type 1	En cours	L'efficacité de la gestion des risques est réalisée sans outils méthodologique. La formation programmée des acteurs sur ces outils leur permettra de la mettre en place en 2013.



## 5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les orientations stratégiques sont élaborées, en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.	En grande partie	Les orientations ont été élaborées dans le précédent projet d'établissement, mais elle sont en cours de réécriture à la suite d'un récent repositionnement territorial de l'hôpital à l'initiative de l'ARS.
La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.b Engagement dans le développement durable

**Cotation**

**B**

#### **E1 Prévoir**

#### **Réponses aux EA**

#### **Constats**

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

Partiellement

Les éléments d'un diagnostic développement durable sont significativement élaborés, mais le diagnostic n'est pas formalisé.

Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.

Partiellement

Un volet développement durable est élaboré, mais est en attente d'intégration dans les orientations stratégiques du projet d'établissement en cours de rédaction.

#### **E2 Mettre en oeuvre**

#### **Réponses aux EA**

#### **Constats**

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

Partiellement

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

En grande partie

L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	En grande partie	L'établissement fait état de ses objectifs au cas par cas avec ses interlocuteurs locaux, mais il n'y a pas de communication formalisée sur cette thématique.
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Partiellement	

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.c Démarche éthique

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

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

Oui

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

Oui



<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un état des lieux des questions éthiques, liées aux activités de l'établissement, est réalisé.	En grande partie	

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

### Critère 1.d Politique des droits des patients

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).	Oui	
Des formations sur les droits des patients destinées aux professionnels sont organisées.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

En grande partie

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

Oui

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

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement

La stratégie de développement de l'EPP est succinctement inscrite dans le document "Politique de la Qualité et de la Sécurité des soins". Elle ne décrit pas les objectifs de la démarche et les choix méthodologiques retenus. Ce document n'est pas encore intégré dans le projet médical, ni dans le projet d'établissement qui est en cours de réécriture.

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

Oui

Une concertation, entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP, est en place dans le cadre des instances et de divers groupes de travail.

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

En grande partie

Les missions et les responsabilités sont définies individuellement pour chaque EPP, le pilotage global n'est pas formalisé dans le cadre de la politique globale qualité et sécurité des soins.

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP. L'établissement a recours à un prestataire extérieur.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP dans le cadre de ses instances.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances (directoire, CA, CME et CTE).
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	En grande partie	La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie pour chaque EPP, mais elle n'est pas intégrée au programme global de l'établissement.

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en oeuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	
Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forums, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>



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

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

### Critère 2.a

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

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

Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont révisés à périodicité définie.	En grande partie	
--	------------------	--

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

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

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

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

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

### Critère 2.c Fonctionnement des instances

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

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

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

### Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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



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

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.

Oui

L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs, des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.

Partiellement

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

### Référence 3: La gestion des ressources humaines

#### Critère 3.a Management des emplois et des compétences

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Partiellement

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

En grande partie

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

L'évaluation périodique du personnel est mise en oeuvre.	Oui	
Un plan de formation est mis en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée, et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.	Oui	
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté, en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités, notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	En grande partie	

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

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

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



### Référence 3: La gestion des ressources humaines

#### Critère 3.d Qualité de vie au travail

**Cotation**

B

#### **E1 Prévoir**

#### **Réponses aux EA**

#### **Constats**

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

Oui

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

En grande partie

#### **E2 Mettre en oeuvre**

#### **Réponses aux EA**

#### **Constats**

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

En grande partie

#### **E3 Evaluer et améliorer**

#### **Réponses aux EA**

#### **Constats**

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

## Référence 4: La gestion des ressources financières

### Critère 4.a Gestion budgétaire

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

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

## Référence 4: La gestion des ressources financières

### Critère 4.b Amélioration de l'efficience

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

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.a Système d'information

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

Le système d'information est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	
--	-----	--

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.b Sécurité du système d'information

**Cotation**

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

**E3 Evaluer et améliorer**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Partiellement



## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.c Gestion documentaire

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Le dispositif est connu des professionnels.

En grande partie

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.

Oui

Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

En grande partie

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.	En grande partie	

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

### Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

<b>Cotation</b>	<b>C</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les situations, mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes, sont identifiées.	Partiellement	Les situations, mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes, sont partiellement identifiées dans différents rapports et audits (Commission communale de Sécurité, audit gendarmerie, document unique, Plan Blanc, Plan Bleu). Ces différents documents n'ont pas fait l'objet d'une synthèse.
Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.	En grande partie	Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes ont été redéfinies suite au départ du responsable, la sécurité a été constituée en service autonome, l'organisation et les fiches de missions sont en cours de finalisation.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les situations identifiées font l'objet de dispositifs de sécurité adaptés (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).	Partiellement	L'établissement dispose d'un SSI (système de sécurité incendie) qui permet de détecter et localiser un incendie. Mais les personnels dans les services ne disposent que de consignes générales et les formations, interrompues depuis 2011, ne vont reprendre que fin 2012.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>En l'absence d'un Schéma Directeur de la Sécurité en cours de rédaction, les contrôles réglementaires sont effectués au coup par coup. La mise en oeuvre des prescriptions qui en découlent n'est pas exhaustive.</p>
---	----------------------	--

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

### Critère 6.b

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

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

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.	Partiellement	

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

### Critère 6.c Qualité de la restauration

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

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

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



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

### Critère 6.d Gestion du linge

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le circuit du linge est défini.	Oui	
Les besoins par secteur sont quantifiés, et incluent les demandes en urgence.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.	En grande partie	
Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	Oui	

Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

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

### Critère 6.e Fonction transport des patients

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fonction transport des patients est organisée, y compris en cas de sous-traitance.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.	En grande partie	
Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

### Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif, en associant les utilisateurs.	Oui	
La politique d'achat et de relation avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat éco-responsable.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	
L'établissement initie une démarche d'achat éco-responsable pour certains produits ou services.	Oui	

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

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

**Critère 6.g**  
**Gestion des fonctions logistiques au domicile**



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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement de santé détermine un processus permettant la mise à disposition des matériels médicaux adaptés aux besoins des patients.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
En cas de rupture d'un produit, des solutions de substitution sont prévues.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les modalités de transport des différents matériels et médicaments sont formalisées.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
En cas de prestation extérieure, une convention de collaboration est formalisée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

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



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

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

### Critère 7.a Gestion de l'eau

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

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

Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré.	Oui	
Un suivi des différents types de rejet est assuré.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 7.b Gestion de l'air

<b>Cotation</b>	B	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une politique est définie en vue d'assurer la maîtrise du risque infectieux dans les zones à environnement maîtrisé.	NA	
L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales.	Partiellement	L'établissement engage des actions de réduction des émissions atmosphériques globales, mais au cas par cas.
Des dispositions sont prévues en cas de travaux.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air, en concertation avec l'EOH ou la CME et le CHSCT, sont mis en oeuvre.	En grande partie	Quelques actions de surveillance et de maintenance sont mises en oeuvre, mais elles sont ponctuelles et non coordonnées.

La traçabilité des différentes interventions est assurée.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique.	Partiellement	Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet de contrôles ponctuels mais pas de contrôles périodiques.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	Quelques actions d'amélioration sont mises en oeuvre, mais elles sont ponctuelles et non coordonnées.

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

### Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

<b>Cotation</b>		
	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un diagnostic énergétique est réalisé.	Oui	
Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.	Oui	
Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi périodique est réalisé.	Oui	
Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.	Partiellement	

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

### Critère 7.d Hygiène des locaux

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

<b>Cotation</b>		
	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les actions à mettre en oeuvre, afin d'assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité, sont définies avec l'EOH ou la CME.	En grande partie	
En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations.	Oui	
Les responsabilités sont identifiées, et les missions sont définies.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	Partiellement	



Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en oeuvre.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH ou la CME.	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

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

### Critère 7.e Gestion des déchets

**Cotation**

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

En grande partie

La politique en matière de gestion des déchets est définie, mais elle n'est pas formalisée dans le projet de lutte contre les infections nosocomiales.

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	En grande partie	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	En grande partie	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	Partiellement	

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

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

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Un programme pluriannuel d'amélioration de la qualité et de gestion des risques a été établi pour 2010-2014. Le projet d'établissement 2006-2010 n'a pas été reconduit, celui de 2013-2017 étant en cours d'élaboration, un programme qualité a été définie par les instances.

Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.

Oui

Ce programme a pris en compte l'analyse de l'auto-évaluation, des dysfonctionnements, des actions des vigilances, de la prise en charge médicamenteuse, des réclamations, des décisions de la V2007, des évènements indésirables.

Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.

NA

La spécialité des médecins de l'établissement n'est pas soumise dans le cadre du dispositif d'accréditation.

Le programme est soumis aux instances.

Oui

Le programme est présenté annuellement à toutes les instances.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Des plans d'actions ont été mis en œuvre dans les secteurs d'activité pilotés par le cadre du service. L'ensemble des professionnels est impliqué dans des démarches d'amélioration.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Partiellement	Le suivi des plans d'actions est réalisé par le service qualité, les professionnels de chaque unité suivent leurs actions mais certaines sont traitées directement sans retour au service qualité et ne sont pas intégrées dans le programme global. L'ensemble des actions de l'établissement n'est pas sur un programme unique.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Partiellement	L'ensemble des actions de l'établissement n'étant pas sur un programme unique, l'efficacité des actions mises en place est réajustée au coup par coup. L'établissement n'est pas soumis aux indicateurs nationaux.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	Le programme est révisé tous les mois par le comité qualité, risques et vigilances pour les actions inscrites dans le programme d'actions.

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

**Critère 8.b**

**Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins**

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

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

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

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



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

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

**Critère 8.d**  
**Evaluations des risques à priori**

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

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

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

Critère 8.e  
Gestion de crise

<b>Cotation</b>	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les situations de crise sont identifiées.	Oui	
Une organisation, destinée à faire face aux situations de crise, est mise en place, et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.	Oui	
Les plans d'urgence sont établis.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une cellule de crise est opérationnelle.	Oui	

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

Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



<b>Cotation</b>	C	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Oui	L'établissement a formalisé une procédure de signalement et d'analyse des événements indésirables. Ces déclarations sont réalisées sur des fiches papier, recensées et traitées par le service qualité, l'analyse est réalisée par le comité qualité, risques et vigilances.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	La responsable qualité a formé les médecins et les professionnels à l'utilisation des fiches d'évènements indésirables en 2011 et 2012. Il existe un programme de formation ainsi que des supports de formation.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Partiellement	La responsable qualité est formée aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes, le plan de formation prévoit la formation du coordonnateur de la gestion des risques et du président de CME.

L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.	Partiellement	L'analyse des causes profondes des événements indésirables est réalisée, cependant cette analyse n'est pas structurée selon une méthodologie définie.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.	Oui	Des actions correctives sont mises en place suite aux analyses en comité qualité, risques et vigilances. Ces actions sont suivies par un responsable et un tableau récapitulatif permet de suivre l'ensemble des traitements de ces actions.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Partiellement	L'établissement n'a pas identifié les événements indésirables récurrents, car les événements indésirables ne sont pas hiérarchisés. Tous les événements indésirables sont traités en comité qualité, risques et vigilances. Ce traitement spécifique fait partie des projets 2012-2013.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Partiellement	Un tableau récapitulatif permet le suivi des traitements des événements indésirables, mais l'efficacité des actions n'est pas vérifiée.

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

**Critère 8.g**  
**Maîtrise du risque infectieux**



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

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



Critère 8.h  
Bon usage des antibiotiques



<b>Cotation</b>	A	
<b>Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales</b>	<b>Classe associée à la valeur du score ICATB</b>	<b>Constats</b>
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	Oui	L'établissement a mis en place la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ième et 72ième heure. Cette évaluation est tracée dans le dossier patient, un audit a été réalisé en 2012, des actions correctives sont programmées.

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

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

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

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

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

**Critère 8.j**  
**Maîtrise du risque transfusionnel**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Critère 9.a**  
**Systeme de gestion des plaintes et des réclamations**



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
A		
La gestion des plaintes et des réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).	Oui	Une procédure de gestion des plaintes et réclamations est élaborée, validée et connue des acteurs. La CRU est constituée, dispose d'un règlement intérieur, se réunit régulièrement, et produit un bilan annuel. La procédure élaborée en concertation avec la CRU définit le dispositif d'information des usagers, les modalités nécessaires pour formuler une plainte.
Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	L'articulation entre le système de gestion des plaintes et des réclamations et le dispositif de signalement des événements indésirables est assurée. Les deux démarches sont portées par les mêmes acteurs et font l'objet de discussions simultanées en CRU.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Les professionnels concernés par les plaintes et réclamations sont systématiquement informés par courrier et associés à leur gestion.



Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	En grande partie	Toutes les plaintes et réclamations font l'objet d'un accusé de réception dans les huit jours, puis d'un entretien ou d'un courrier de réponse. Ces réponses ne sont pas toujours consignées dans le tableau récapitulatif qui est présenté à la CRU.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Oui	Le suivi des plaintes et réclamations fait l'objet d'une analyse par le coordinateur de la CRU, d'une présentation et d'un débat devant la CRU. Cette démarche débouche sur la mise en place de mesures correctives intégrées dans le programme d'actions Qualité.

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

### Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

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

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

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

# PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

**Référence 10: La bientraitance et les droits****Critère 10.a - Court Séjour  
Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance**

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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



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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.c - Soins de longue durée Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

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

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

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

A

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

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

Oui

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

NA

Il n'y a pas d'enfants hospitalisés à l'hôpital de Houdan.

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

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

Oui

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

Oui



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

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

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.d - Soins de longue durée Accueil et accompagnement de l'entourage

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

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

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

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

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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.e - Soins de suite et/ou de réadaptation

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

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



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

## Référence 10: La bientraitance et les droits

### Critère 10.e - Soins de longue durée

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

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

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

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

### Critère 11.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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

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

### Critère 11.a - Soins de longue durée

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

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



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

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

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

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

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

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

### Critère 11.b - Soins de suite et/ou de réadaptation Consentement et participation du patient

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

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

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

### Critère 11.b - Soins de longue durée Consentement et participation du patient

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

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

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

### Critère 11.c - Court Séjour

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	En grande partie	L'établissement a défini une stratégie qui comporte la définition de sa politique concernant la prise en charge de la douleur, ses objectifs, l'identification des différents types de prise en charge et la définition des moyens mis ou à mettre en œuvre. Cette stratégie est déployée dans les différents secteurs de l'établissement. La stratégie est définie et portée par le CLUD, mais les liens entre celui-ci et les instances, dont la CME, ne sont pas formalisés.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	Des protocoles analgésiques sont définis pour les différents types de prise en charge et les différents types de douleur. Il existe aussi des protocoles adaptés à la prévention des douleurs liées aux soins douloureux (MEOPA, Emla...). Tous ces protocoles sont rédigés de façon pluridisciplinaire, et accessibles par tous les professionnels dans les lutins qui se trouvent dans tous les services.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Quatre médecins ou soignants ont un DU "douleur". Dans la formation annuelle "en intra" de 3 jours "sensibilisation aux soins palliatifs" (15 personnes 2 fois par an) une journée est consacrée à la prise en charge de la douleur. Des réunions d'informations/sensibilisation ont été réalisées sur l'utilisation des réglottes EVA, sur l'utilisation du MEOPA, avec des supports de formation.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Partiellement	Actuellement l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur n'est pas organisée. Elle est réalisée de façon informelle pour quelques patients.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Il existe une démarche organisée pour tracer la mesure de la douleur dans le dossier du patient, avec systématiquement une valeur à l'entrée et au minimum une valeur quotidienne pour les patients algiques.(EVA, DN4)
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité des traitements antalgiques, à partir de laquelle ces traitements sont ajustés. Ces modifications sont tracées dans le dossier du patient d'une part, et d'autre part dans la prescription informatisée.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Pour les patients non communicants, les professionnels ont été formés et utilisent l'échelle d'hétéro-évaluation Algoplus et l'échelle San Salvador.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Le CLUD a mis en place des actions d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils par les professionnels: - EPP "pertinence du système d'évaluation de la mesure de la douleur" - Audits annuels depuis 2010: "la douleur est-elle quantifiée"

	Oui	avec une échelle validée", "y a -t- il adéquation entre évaluation et prise en charge de la douleur et les protocoles du CLUD".
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	La prise en charge de la douleur est évaluée par des audits annuels depuis 2010, réalisés par le CLUD. Pour la qualité de la prise en charge, trois critères ont été évalués et des actions mises en œuvre.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Suite aux évaluations de la prise en charge de la douleur, des actions sont mises en place : - Utilisation de l'Emla ou du MEOPA dans la prévention des soins potentiellement douloureux. - Conduite à tenir en cas de surdosage morphinique. - Feuille de surveillance horaire de la douleur.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Partiellement	Il n'existe pas d'organisation permettant à l'établissement de mettre en place des actions de partage des informations, hormis la participation de médecins à des congrès.



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

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



Cotation		
B		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	En grande partie	L'établissement a défini une stratégie qui comporte la définition de sa politique concernant la prise en charge de la douleur, ses objectifs, l'identification des différents types de prise en charge et la définition des moyens mis ou à mettre en œuvre. Cette stratégie est déployée dans les différents secteurs de l'établissement. La stratégie est définie et portée par le CLUD, mais les liens entre celui-ci et les instances, dont la CME, ne sont pas formalisés.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	Des protocoles analgésiques sont définis pour les différents types de prise en charge et les différents types de douleur. Il existe aussi des protocoles adaptés à la prévention des douleurs liées aux soins douloureux (MEOPA, Emla...). Tous ces protocoles sont rédigés de façon pluridisciplinaire, et accessibles par tous les professionnels dans les lutins qui se trouvent dans tous les services.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Quatre médecins ou soignants ont un DU "douleur". Dans la formation annuelle "en intra" de 3 jours "sensibilisation aux soins palliatifs" (15 personnes 2 fois par an) une journée est consacrée à la prise en charge de la douleur. Des réunions d'informations/sensibilisation ont été réalisées sur l'utilisation des réglottes EVA, sur l'utilisation du MEOPA, avec des supports de formation.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Partiellement	Actuellement, l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur n'est pas organisée. Elle est réalisée de façon informelle pour quelques patients.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Il existe une démarche organisée pour tracer la mesure de la douleur dans le dossier du patient, avec systématiquement une valeur à l'entrée et au minimum une valeur quotidienne pour les patients algiques.(EVA, DN4)
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité des traitements antalgiques, à partir de laquelle ces traitements sont ajustés. Ces modifications sont tracées dans le dossier du patient d'une part, et d'autre part dans la prescription informatisée.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Pour les patients non communicants, les professionnels ont été formés et utilisent l'échelle d'hétéro évaluation AlgoPlus et l'échelle San Salvador.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Le CLUD a mis en place des actions d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils par les professionnels: - EPP "pertinence du système d'évaluation de la mesure de la douleur". - Audits annuels depuis 2010: "la douleur est elle quantifiée"

	Oui	avec une échelle validée", "y a t il adéquation entre évaluation et prise en charge de la douleur et les protocoles du CLUD".
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	La prise en charge de la douleur est évaluée par des audits annuels depuis 2010, réalisés par le CLUD. Pour la qualité de la prise en charge, trois critères ont été évalués et des actions mises en œuvre.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Suite aux évaluations de la prise en charge de la douleur, des actions sont mises en place: - Utilisation de l'Emla ou du MEOPA dans la prévention des soins potentiellement douloureux. - Conduite à tenir en cas de surdosage morphinique. - Feuille de surveillance horaire de la douleur.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Partiellement	Il n'existe pas d'organisation permettant à l'établissement de mettre en place des actions de partage des informations, hormis la participation de médecins à des congrès.

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

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



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	En grande partie	L'établissement a défini une stratégie qui comporte la définition de sa politique concernant la prise en charge de la douleur, ses objectifs, l'identification des différents types de prise en charge et la définition des moyens mis ou à mettre en œuvre. Cette stratégie est déployée dans les différents secteurs de l'établissement. La stratégie est définie et portée par le CLUD, mais les liens entre celui-ci et les instances, dont la CME, ne sont pas formalisés.
Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.	Oui	Des protocoles analgésiques sont définis pour les différents types de prise en charge et les différents types de douleur. Il existe aussi des protocoles adaptés à la prévention des douleurs liées aux soins douloureux (MEOPA, Emla...). Tous ces protocoles sont rédigés de façon pluridisciplinaire, et accessibles par tous les professionnels dans les lutins qui se trouvent dans tous les services.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Quatre médecins ou soignants ont un DU "douleur". Dans la formation annuelle "en intra" de 3 jours "sensibilisation aux soins palliatifs" (15 personnes 2 fois par an) une journée est consacrée à la prise en charge de la douleur. Des réunions d'informations/sensibilisation ont été réalisées sur l'utilisation des réglottes EVA, sur l'utilisation du MEOPA, avec des supports de formation.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Partiellement	Actuellement, l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur n'est pas organisée. Elle est réalisée de façon informelle pour quelques patients.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Il existe une démarche organisée pour tracer la mesure de la douleur dans le dossier du patient, avec systématiquement une valeur à l'entrée et au minimum une valeur quotidienne pour les patients algiques.(EVA, DN4)
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Une évaluation de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité des traitements antalgiques, à partir de laquelle ces traitements sont ajustés. Ces modifications sont tracées dans le dossier du patient d'une part, et d'autre part dans la prescription informatisée.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Pour les patients non communicants, les professionnels ont été formés et utilisent l'échelle d'hétéro évaluation AlgoPlus et l'échelle San Salvador.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Le CLUD a mis en place des actions d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils par les professionnels: - EPP "pertinence du système d'évaluation de la mesure de la douleur". - Audits annuels depuis 2010: "la douleur est elle quantifiée"

	Oui	avec une échelle validée", "y a t il adéquation entre évaluation et prise en charge de la douleur et les protocoles du CLUD".
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	La prise en charge de la douleur est évaluée par des audits annuels depuis 2010, réalisés par le CLUD. Pour la qualité de la prise en charge, trois critères ont été évalués et des actions mises en œuvre.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Suite aux évaluations de la prise en charge de la douleur, des actions sont mises en place : - Utilisation de l'Emla ou du MEOPA dans la prévention des soins potentiellement douloureux. - Conduite à tenir en cas de surdosage morphinique. - Feuille de surveillance horaire de la douleur.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Partiellement	Il n'existe pas d'organisation permettant à l'établissement de mettre en place des actions de partage des informations, hormis la participation de médecins à des congrès.

## Référence 13: La fin de vie

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation, permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie, est en place.	Oui	La prise en charge des besoins des patients en fin de vie est articulée autour de l'unité de soins palliatifs et de l'équipe mobile de soins palliatifs. Cette organisation prend en compte lors de l'admission les critères définis dans le projet à savoir la complexité de la prise en charge et la proximité de résidence. Une équipe dédiée et formée prend en charge les patients et leurs familles.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	Une procédure permet de recueillir et d'inscrire dans le dossier patient l'identité de la personne de confiance mais aussi les volontés du patient, et de tracer les directives anticipées.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Toutes les informations données par l'équipe médicale et soignante sont tracées dans le dossier du patient. Les patients et les familles ont connaissance de leurs droits relative à la limitation et à l'arrêt des traitements, un DVD est aussi à disposition.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	A leur arrivée les patients sont accueillis par l'IDE coordonnatrice et le médecin. Avec les familles, l'équipe construit un projet personnalisé de soins qui comprend l'approche médicale, sociologique et psychologique du patient et de sa famille. L'ensemble des professionnels de l'équipe possède un DU de soins palliatifs ainsi que de nombreuses formations adaptées, (massages, musique..). Des réunions de synthèse pluridisciplinaires hebdomadaire permettent aux équipes d'évaluer les traitements mais aussi les décisions prises. Un psychanalyste extérieur assure des groupes de paroles deux fois par mois à l'ensemble des professionnels.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Le plan de formation intègre des formations annuelles sur la démarche palliative, l'éthique, la douleur. De plus, la plupart des professionnels ont bénéficié de formations diplômantes, DU et Master.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions pluriprofessionnelles sont organisées tous les jours dans l'unité de soins palliatifs. Une fois par semaine, une réunion de synthèse pluriprofessionnelles incluant les bénévoles permet de réévaluer les stratégies de soins des patients hospitalisés, de s'assurer de la compréhension de tous des objectifs mis en place ce qui permet une communication adaptée avec les familles.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions de soutien sont organisées deux fois par mois par un psychanalyste extérieur sous forme de groupes de parole.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients en fin de vie. Une plaquette ainsi qu'un DVD sont à la disposition des professionnels. Une conférence avec le Docteur Jean Léonetti a eu lieu sur le site de l'hôpital.



L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Une convention avec une association de bénévoles est en place (ASP-AVHR-RIVAGES). Les représentants des divers cultes peuvent intervenir à la demande des familles.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Oui	La prise en charge des patients fait l'objet d'une évaluation hebdomadaire en lien avec l'équipe mobile de soins palliatifs et les représentants des usagers.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	La réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements est intégrée lors de l'évaluation hebdomadaire avec une réflexion constante de l'équipe "le juste soin en respectant le désir du patient". Cette réflexion est intégrée dans la journée éthique qui a lieu chaque année sur le site de l'hôpital de Houdan.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	Des actions d'améliorations sont mises en oeuvre mais l'ensemble des actions ne sont pas intégrées dans le programme d'actions global de l'établissement. Le suivi n'est pas régulièrement tracé.

## Référence 13: La fin de vie

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation, permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie, est en place.	Oui	La prise en charge des besoins des patients en fin de vie est articulée autour de l'unité de soins palliatifs et de l'équipe mobile de soins palliatifs. Cette organisation prend en compte lors de l'admission les critères définis dans le projet à savoir la complexité de la prise en charge et la proximité de résidence. Une équipe dédiée et formée prend en charge les patients et leurs familles.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	Une procédure permet de recueillir et d'inscrire dans le dossier patient l'identité de la personne de confiance mais aussi les volontés du patient, et de tracer les directives anticipées.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Toutes les informations données par l'équipe médicale et soignante sont tracées dans le dossier du patient. Les patients et les familles ont connaissance de leurs droits relative à la limitation et à l'arrêt des traitements, un DVD est aussi à disposition.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	A leur arrivée les patients sont accueillis par l'IDE coordonnatrice et le médecin. Avec les familles, l'équipe construit un projet personnalisé de soins qui comprend l'approche médicale, sociologique et psychologique du patient et de sa famille. L'ensemble des professionnels de l'équipe possède un DU de soins palliatifs ainsi que de nombreuses formations adaptées, (massages, musique...). Des réunions de synthèse pluridisciplinaires hebdomadaire permettent aux équipes d'évaluer les traitements mais aussi les décisions prises. Un psychanalyste extérieur assure des groupes de paroles deux fois par mois à l'ensemble des professionnels.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Le plan de formation intègre des formations annuelles sur la démarche palliative, l'éthique, la douleur. De plus, la plupart des professionnels ont bénéficié de formations diplômantes, DU et Master.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions pluriprofessionnelles sont organisées tous les jours dans l'unité de soins palliatifs. Une fois par semaine, une réunion de synthèse pluriprofessionnelles incluant les bénévoles permet de réévaluer les stratégies de soins des patients hospitalisés, de s'assurer de la compréhension de tous des objectifs mis en place ce qui permet une communication adaptée avec les familles.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions de soutien sont organisées deux par mois par un psychanalyste extérieur sous forme de groupes de parole.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients en fin de vie. Une plaquette ainsi qu'un DVD sont à disposition des professionnels. Une conférence avec le Docteur Jean Léonetti a eu lieu sur le site de l'hôpital.

L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Une convention avec une association de bénévoles est en place (ASP-AVHR-RIVAGES). Les représentants des divers cultes peuvent intervenir à la demande des familles.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Oui	La prise en charge des patients fait l'objet d'une évaluation hebdomadaire en lien avec l'équipe mobile de soins palliatifs et les représentants des usagers.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	La réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements est intégrée lors de l'évaluation hebdomadaire avec une réflexion constante de l'équipe "le juste soin en respectant le désir du patient". Cette réflexion est intégrée dans la journée éthique qui a lieu chaque année sur le site de l'hôpital de Houdan.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	Des actions d'améliorations sont mises en œuvre mais l'ensemble des actions ne sont pas intégrées dans le programme d'actions global de l'établissement. Le suivi n'est pas régulièrement tracé.

## Référence 13: La fin de vie

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation, permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie, est en place.	Oui	La prise en charge des besoins des patients en fin de vie est articulée autour de l'unité de soins palliatifs et de l'équipe mobile de soins palliatifs. Cette organisation prend en compte lors de l'admission les critères définis dans le projet à savoir la complexité de la prise en charge et la proximité de résidence. Une équipe dédiée et formée prend en charge les patients et leurs familles.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	Une procédure permet de recueillir et d'inscrire dans le dossier patient l'identité de la personne de confiance mais aussi les volontés du patient, et de tracer les directives anticipées.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Toutes les informations données par l'équipe médicale et soignante sont tracées dans le dossier du patient. Les patients et les familles ont connaissance de leurs droits relative à la limitation et à l'arrêt des traitements, un DVD est aussi à disposition.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	A leur arrivée les patients sont accueillis par l'IDE coordonnatrice et le médecin. Avec les familles, l'équipe construit un projet personnalisé de soins qui comprend l'approche médicale, sociologique et psychologique du patient et de sa famille. L'ensemble des professionnels de l'équipe possède un DU de soins palliatifs ainsi que de nombreuses formations adaptées, (massages, musique...). Des réunions de synthèse pluridisciplinaires hebdomadaire permettent aux équipes d'évaluer les traitements mais aussi les décisions prises. Un psychanalyste extérieur assure des groupes de paroles deux fois par mois à l'ensemble des professionnels.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Le plan de formation intègre des formations annuelles sur la démarche palliative, l'éthique, la douleur. De plus la plupart des professionnels ont bénéficié de formations diplômantes, DU et Master.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des réunions pluriprofessionnelles sont organisées tous les jours dans l'unité de soins palliatifs. Une fois par semaine, une réunion de synthèse pluriprofessionnelle incluant les bénévoles permet de réévaluer les stratégies de soins des patients hospitalisés, de s'assurer de la compréhension de tous des objectifs mis en place ce qui permet une communication adaptée avec les familles.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions de soutien sont organisées deux fois par mois par un psychanalyste extérieur sous forme de groupes de parole.
Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients en fin de vie. Une plaquette ainsi qu'un DVD sont à disposition des professionnels. Une conférence avec le Docteur Jean Léonetti a eu lieu sur le site de l'hôpital.

L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Une convention avec une association de bénévoles est en place (ASP-AVHR-RIVAGES). Les représentants des divers cultes peuvent intervenir à la demande des familles.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	Oui	La prise en charge des patients fait l'objet d'une évaluation hebdomadaire en lien avec l'équipe mobile de soins palliatifs et les représentants des usagers.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	La réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements est intégrée lors de l'évaluation hebdomadaire avec une réflexion constante de l'équipe "le juste soin en respectant le désir du patient". Cette réflexion est intégrée dans la journée éthique qui a lieu chaque année sur le site de l'hôpital de Houdan.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	Des actions d'améliorations sont mises en œuvre mais l'ensemble des actions ne sont pas intégrées dans le programme d'actions global de l'établissement. Le suivi n'est pas régulièrement tracé.

## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT



## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Une procédure définit les règles relatives à la tenue du dossier, elle est accessible aux professionnels concernés par voie informatique sur le logiciel de gestion documentaire et sur papier dans les différentes unités.

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

Oui

Les règles d'accès au dossier sont définies. Le dossier du patient comprend les données des hospitalisations et consultations antérieures. Les modalités de transmission des éléments du dossier pour assurer la continuité des soins sont établies. Les dossiers sont rangés dans des chariots fermés dans les unités de soins et les règles de confidentialité sont respectées. Une procédure dégradée permet l'accès aux dossiers antérieurs après la fermeture du service des archives.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les éléments, constitutifs des étapes de la prise en charge du patient, sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.

Oui

Il existe une organisation permettant à l'ensemble des professionnels de tracer les soins et les examens nécessaires à la prise en charge du patient. Un dossier patient comprenant différents onglets sont en place dans les

	Oui	unités, dossier médical, dossier de soins, dossier transfusionnel, dossiers kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicienne, administratif...
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Oui	Une organisation concernant la communication du dossier est en place entre les professionnels et les correspondants externes. Une fiche de prêt des examens spécialisés ainsi qu'une procédure d'échange avec les praticiens du centre de santé est effective.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Partiellement	Un seul audit en 2010 portant sur 20 dossiers a été réalisé et n'a pas été suivi d'actions correctives. Cependant, les services mettent en place de nombreuses évaluations suivi d'actions, ces actions ne sont pas recensées au niveau du service qualité.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Partiellement	De nombreuses actions d'amélioration concernant le dossier patient ont été mises en place mais ne sont pas formalisées ni recensées. Un audit global est programmé pour novembre 2012 et des actions seront mises en place en fonction des résultats.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Une procédure définit les règles relatives à la tenue du dossier, elle est accessible aux professionnels concernés par voie informatique sur le logiciel de gestion documentaire et sur papier dans les différentes unités.

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

Oui

Les règles d'accès au dossier sont définies. Le dossier du patient comprend les données des hospitalisations et consultations antérieures. Les modalités de transmission des éléments du dossier pour assurer la continuité des soins sont établies. Les dossiers sont rangés dans des chariots fermés dans les unités de soins et les règles de confidentialité sont respectées. Une procédure dégradée permet l'accès aux dossiers antérieurs après la fermeture du service des archives.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les éléments, constitutifs des étapes de la prise en charge du patient, sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.

Oui

Il existe une organisation permettant à l'ensemble des professionnels de tracer les soins et les examens nécessaires à la prise en charge du patient. Un dossier patient comprenant différents onglets sont en place dans les unités, dossier médical, dossier de soins, dossier

	Oui	transfusionnel, dossiers kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicienne, administratif...
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Oui	Une organisation concernant la communication du dossier est en place entre les professionnels et les correspondants externes. Une fiche de prêt des examens spécialisés ainsi qu'une procédure d'échange avec les praticiens du centre de santé est effective.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Partiellement	Un seul audit en 2010 portant sur 20 dossiers a été réalisé et n'a pas été suivi actions correctives. Cependant, les services mettent en place de nombreuses évaluations suivi d'actions, ces actions ne sont pas recensées au niveau du service qualité.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Partiellement	De nombreuses actions d'amélioration concernant le dossier patient ont été mises en place mais ne sont pas formalisées ni recensées. Un audit global est programmé pour novembre 2012 et des actions seront mises en place en fonction des résultats.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Une procédure définit les règles relatives à la tenue du dossier, elle est accessible aux professionnels concernés par voie informatique sur le logiciel de gestion documentaire et sur papier dans les différentes unités.

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

Oui

Les règles d'accès au dossier sont définies. Le dossier du patient comprend les données des hospitalisations et consultations antérieures. Les modalités de transmission des éléments du dossier pour assurer la continuité des soins sont établies. Les dossiers sont rangés dans des chariots fermés dans les unités de soins et les règles de confidentialité sont respectées. Une procédure dégradée permet l'accès aux dossiers antérieurs après la fermeture du service des archives.

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les éléments, constitutifs des étapes de la prise en charge du patient, sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.

Oui

Il existe une organisation permettant à l'ensemble des professionnels de tracer les soins et les examens nécessaires à la prise en charge du patient. Un dossier patient comprenant différents onglets sont en place dans les unités, dossier médical, dossier de soins, dossier

	Oui	transfusionnel, dossiers kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicienne, administratif...
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Oui	Une organisation concernant la communication du dossier est en place entre les professionnels et les correspondants externes. Une fiche de prêt des examens spécialisés ainsi qu'une procédure d'échange avec les praticiens du centre de santé est effective.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Partiellement	Un seul audit en 2010 portant sur 20 dossiers a été réalisé et n'a pas été suivi actions correctives. Cependant, les services mettent en place de nombreuses évaluations suivi d'actions, ces actions ne sont pas recensées au niveau du service qualité.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Partiellement	De nombreuses actions d'amélioration concernant le dossier patient ont été mises en place mais ne sont pas formalisées ni recensées. Un audit global est programmé pour novembre 2012 et des actions seront mises en place en fonction des résultats.

## Référence 14: Le dossier du patient

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



<b>Cotation</b>		
	<b>A</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'accès du patient à son dossier est organisé et fait l'objet d'une procédure.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est informé de ses droits d'accès dans le livret d'accueil.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Les délais réglementaires d'accès au dossier sont respectés. L'établissement a mis en place un suivi.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Une évaluation régulière est organisée et n'a pas donné lieu à des mesures correctives car aucun cas de retard n'a été constaté.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Le suivi des demandes d'accès au dossier des patients est présenté et discuté à la CRU. Il fait l'objet d'un chapitre dans le bilan annuel de la CRU.



## Référence 14: Le dossier du patient

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



<b>Cotation</b>		
	<b>A</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'accès du patient à son dossier est organisé et fait l'objet d'une procédure.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est informé de ses droits d'accès dans le livret d'accueil.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Les délais réglementaires d'accès au dossier sont respectés. L'établissement a mis en place un suivi.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Une évaluation régulière est organisée et n'a pas donné lieu à des mesures correctives car aucun cas de retard n'a été constaté.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Le suivi des demandes d'accès au dossier des patients est présenté et discuté à la CRU. Il fait l'objet d'un chapitre dans le bilan annuel de la CRU.

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.b - Soins de longue durée  
Accès du patient à son dossier



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'accès du patient à son dossier est organisé et fait l'objet d'une procédure.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est informé de ses droits d'accès dans le livret d'accueil.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Les délais réglementaires d'accès au dossier sont respectés. L'établissement a mis en place un suivi.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Une évaluation régulière est organisée et n'a pas donné lieu à des mesures correctives car aucun cas de retard n'a été constaté.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Le suivi des demandes d'accès au dossier des patients est présenté et discuté à la CRU. Il fait l'objet d'un chapitre dans le bilan annuel de la CRU.

## Référence 15: l'identification du patient

### Critère 15.a - Court Séjour

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



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.	Oui	L'établissement a défini l'organisation et les moyens permettant la fiabilisation de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	En grande partie	Le responsable de l'accueil administratif et un cadre de santé ont suivi une formation à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. Ils en assurent la diffusion interne auprès des professionnels de l'établissement. Cependant, le suivi de la formation ou de l'information des professionnels n'est pas planifié.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.

Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Les professionnels de santé vérifient et tracent la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	Les erreurs d'identification sont analysées et corrigées. La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge n'est pas évaluée à périodicité définie mais à l'occasion des constats d'erreur.

## Référence 15: l'identification du patient

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



<b>Cotation</b>		<b>B</b>
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.	Oui	L'établissement a défini l'organisation et les moyens permettant la fiabilisation de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	En grande partie	Le responsable de l'accueil administratif et un cadre de santé ont suivi une formation à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. Ils en assurent la diffusion interne auprès des professionnels de l'établissement. Cependant, le suivi de la formation ou de l'information des professionnels n'est pas planifié.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.

Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Les professionnels de santé vérifient et tracent la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	Les erreurs d'identification sont analysées et corrigées. La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge n'est pas évaluée à périodicité définie mais à l'occasion des constats d'erreur.



## Référence 15: l'identification du patient

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



<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.	Oui	L'établissement a défini l'organisation et les moyens permettant la fiabilisation de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	En grande partie	Le responsable de l'accueil administratif et un cadre de santé ont suivi une formation à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. Ils en assurent la diffusion interne auprès des professionnels de l'établissement. Cependant, le suivi de la formation ou de l'information des professionnels n'est pas planifié.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.

Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Les professionnels de santé vérifient et tracent la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	Les erreurs d'identification sont analysées et corrigées. La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge n'est pas évaluée à périodicité définie mais à l'occasion des constats d'erreur.

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	En grande partie	
Des dispositions sont prises, afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

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

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

<b>Cotation</b>		
	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	En grande partie	
Des dispositions sont prises, afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

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

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

<b>Cotation</b>		
	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	En grande partie	
Des dispositions sont prises, afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	



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

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

### Critère 17.a - Court Séjour

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

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

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

**Référence 17: l'évaluation de l'état de santé du patient****Critère 17.a - Soins de suite et/ou de réadaptation****Evaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisés**

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

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

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

### Critère 17.a - Soins de longue durée

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

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

La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.	Oui	
Le projet de soins personnalisés est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions d'évaluation sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	Partiellement	Les différents éléments intervenant dans l'évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et du projet de soins personnalisés sont régulièrement évalués en particulier par le médecin du service et dans le cadre de réunions organisationnelles, mais la traçabilité de ces évaluations n'est pas formalisée.
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	Partiellement	Des actions d'amélioration sont mises en place, mais sans la formalisation ni la communication nécessaires à leur bonne diffusion.

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

**Critère 17.b**  
**Prise en charge somatique des patients**



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

<b>Cotation</b>		NA
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un projet de prise en charge somatique est formalisé.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.



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

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

### Critère 18.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes âgées

#### Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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



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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Enfants et adolescents

#### Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes démunies

#### Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.a - Personnes détenues

#### Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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



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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



<b>Cotation</b>		
<b>A</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les patients, ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique, sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	Oui	
Les éléments, permettant le dépistage des troubles nutritionnels, sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	En grande partie	

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients, ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique, sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	Oui	
Les éléments, permettant le dépistage des troubles nutritionnels, sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	En grande partie	

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients, ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique, sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	Oui	
Les éléments, permettant le dépistage des troubles nutritionnels, sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	En grande partie	

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

*Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.*

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



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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

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

*Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.*

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.c - Soins de longue durée Risque suicidaire

*Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.*

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

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

## Référence 19: Les prises en charge particulières

### Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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

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

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Il existe un document intitulé "politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient" qui décline l'organisation, le programme d'actions et les méthodes d'évaluation. Le programme d'actions "vise à répondre aux exigences du calendrier d'application de l'arrêté du 6 avril 2011". Le circuit du médicament est informatisé uniquement au niveau de la prescription. La formation des professionnels est en cours. La prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge est déclinée dans le programme d'actions.

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

En grande partie

Le projet d'informatisation du circuit du médicament a été défini en 2000, avec un calendrier qui n'a pas été évalué, ni mis en œuvre. Le calendrier n'a pas été tenu. La prescription n'a été réellement informatisée qu'en 2007 et depuis il n'y a pas eu d'avancée dans l'informatisation de la globalité du circuit du médicament.



Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	Des outils actualisés et validés sont à la disposition des professionnels pour aider à la prescription et à l'administration des médicaments.(Vidal, Doroz, livret thérapeutique, outils d'aide intégrés à la prescription informatisée). La non informatisation et les difficultés d'accessibilité du dossier patient ne permettent pas au pharmacien de disposer facilement des données cliniques et biologiques pour faire l'analyse pharmaceutique.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	La pharmacienne et la coordonnatrice de la gestion des risques liés aux soins ont suivi une formation de deux jours sur la prévention des erreurs médicamenteuses, à partir de laquelle elles ont réalisé un diaporama pour des réunions de sensibilisation des médecins et des infirmières.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prescription est en place dans toutes les unités.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Depuis 2012, l'établissement suit des indicateurs sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse, issus de "l'analyse des risques liés au circuit hospitalier inhérent aux médicaments".
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	En grande partie	Le recueil des erreurs médicamenteuses est assuré par le dispositif général de déclaration des événements indésirables. L'analyse collective des erreurs médicamenteuses est réalisée en cellule qualité risque vigilance. Il n'y a pas de CREX à ce jour dans l'établissement.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Partiellement	Des actions d'amélioration ont été décidées suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, mais la mise en place et la rétro information des professionnels ne sont pas formalisées.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Il existe un document intitulé "politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient" qui décline l'organisation, le programme d'actions et les méthodes d'évaluation. Le programme d'actions "vise à répondre aux exigences du calendrier d'application de l'arrêté du 6 avril 2011. Le circuit du médicament est informatisé uniquement au niveau de la prescription. La formation des professionnels est en cours. La prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge est déclinée dans le programme d'actions.

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

En grande partie

Le projet d'informatisation du circuit du médicament a été défini en 2000, avec un calendrier qui n'a pas été évalué, ni mis en œuvre. Le calendrier n'a pas été tenu. La prescription n'a été réellement informatisée qu'en 2007 et depuis il n'y a pas eu d'avancée dans l'informatisation de la globalité du circuit du médicament.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	Des outils actualisés et validés sont à la disposition des professionnels pour aider à la prescription et à l'administration des médicaments (Vidal, Doroz, livret thérapeutique, outils d'aide intégrés à la prescription informatisée). La non informatisation et les difficultés d'accessibilité du dossier patient ne permettent pas au pharmacien de disposer facilement des données cliniques et biologiques pour faire l'analyse pharmaceutique.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	La pharmacienne et la coordonnatrice de la gestion des risques liés aux soins ont suivi une formation de deux jours sur la prévention des erreurs médicamenteuses, à partir de laquelle elles ont réalisé un diaporama pour des réunions de sensibilisation des médecins et des infirmières.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prescription est en place dans toutes les unités.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	L'établissement suit des indicateurs sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse, issus de "l'analyse des risques liés au circuit hospitalier inhérent aux médicaments".
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	En grande partie	Le recueil des erreurs médicamenteuses est assuré par le dispositif général de déclaration des événements indésirables. L'analyse collective des erreurs médicamenteuses est réalisée en cellule qualité risque vigilance. Il n'y a pas de CREX à ce jour dans l'établissement.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Partiellement	Des actions d'amélioration ont été décidées suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, mais la mise en place et la rétro information des professionnels ne sont pas formalisées.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

Oui

Il existe un document intitulé "politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient" qui décline l'organisation, le programme d'actions et les méthodes d'évaluation. Le programme d'actions "vise à répondre aux exigences du calendrier d'application de l'arrêté du 6 avril 2011. Le circuit du médicament est informatisé uniquement au niveau de la prescription. La formation des professionnels est en cours. La prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge est déclinée dans le programme d'actions.

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

En grande partie

Le projet d'informatisation du circuit du médicament a été défini en 2000, avec un calendrier qui n'a pas été évalué, ni mis en œuvre. Le calendrier n'a pas été tenu. La prescription n'a été réellement informatisée qu'en 2007 et depuis il n'y a pas eu d'avancée dans l'informatisation de la globalité du circuit du médicament.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	En grande partie	Des outils actualisés et validés sont à la disposition des professionnels pour aider à la prescription et à l'administration des médicaments.(Vidal, Doroz, livret thérapeutique, outils d'aide intégrés à la prescription informatisée). La non informatisation et les difficultés d'accessibilité du dossier patient ne permettent pas au pharmacien de disposer facilement des données cliniques et biologiques pour faire l'analyse pharmaceutique.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	La pharmacienne et la coordonnatrice de la gestion des risques liés aux soins ont suivi une formation de deux jours sur la prévention des erreurs médicamenteuses, à partir de laquelle elles ont réalisé un diaporama pour des réunions de sensibilisation des médecins et des infirmières.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prescription est en place dans toutes les unités.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Depuis 2012, l'établissement suit des indicateurs sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse, issus de "l'analyse des risques liés au circuit hospitalier inhérent aux médicaments".
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	En grande partie	Le recueil des erreurs médicamenteuses est assuré par le dispositif général de déclaration des événements indésirables. L'analyse collective des erreurs médicamenteuses est réalisée en cellule qualité risque vigilance. Il n'y a pas de CREX à ce jour dans l'établissement.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Partiellement	Des actions d'amélioration ont été décidées suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, mais la mise en place et la rétro information des professionnels ne sont pas formalisées.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

La prescription est informatisée et ses règles sont formalisées, mais il n'y a pas de liste précise des médicaments à risques. Il existe un support unique de prescription administration car l'édition du plan d'administration est directement réalisée à partir du logiciel de prescription.

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

Oui

L'établissement est organisé pour assurer la continuité du traitement du patient de l'entrée à la sortie, la conciliation du traitement du patient est organisée. Il existe une procédure de gestion du traitement personnel du patient.

Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.

Partiellement

L'établissement a formalisé la délivrance nominative des médicaments dans le service de médecine, la dotation pour besoins urgents, la réponse aux demandes urgentes de médicaments avec la pharmacie de l'hôpital de Dreux, l'optimisation des stocks à la PUI, les informations et conseils utiles aux utilisateurs.  
 Le conditionnement unitaire des médicaments n'est pas exhaustif, certains ne sont pas identifiables jusqu'au moment de l'administration: des médicaments avec date de

	Partiellement	péréemption et numéro de lot non identifiables ont été retrouvés lors de la visite. Lors de l'arrivée dans la pharmacie de l'expert visiteur, une préparatrice était dans les locaux, mais la porte principale était bloquée en position ouverte.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments et la traçabilité est organisée. Les protocoles sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Le personnel dédié à la gestion et au rangement des médicaments est régulièrement formé par la pharmacienne. Il n'y a pas de protocole d'administration des médicaments à risque.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les prescriptions sont toutes informatisées et conformes à la réglementation et aux items de "trace écrite des prescriptions médicamenteuses dans les 72 heures de l'admission et à la sortie" de l'indicateur IPAQSS "tenue du dossier patient".
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	La délivrance nominative des médicaments est effective, l'analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée dans le logiciel de prescription et porte essentiellement sur les interactions médicamenteuses, car le pharmacien n'a pas d'accès direct aux données cliniques et biologiques du patient.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	L'information des patients sur le bon usage des médicaments est réalisée, en particulier la réflexion bénéfice risque, mais cette information n'est pas structurée (sauf pour les AVK) et n'est pas tracée dans le dossier du patient.

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments sur un support papier unique prescription administration, directement édité à partir du logiciel de prescription, est assurée en temps réel par les IDE.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Un audit complet sur le circuit du médicament et un audit sur la prescription des antibiotiques et son évaluation sur la période du 01/04 au 30/05 ont été réalisés en 2012. Il n'y a pas eu d'audit sur les armoires à pharmacie.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Suite à des évaluations et à des EPP, des actions d'amélioration, notamment sur la pertinence des prescriptions, ont été mises en place, en particulier sur les traitements par AVK, sur le traitement de la douleur, sur les psychotropes et anxiolytiques... Le bilan de ces actions et sa diffusion aux personnels concernés ne sont pas structurés.



## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

La prescription est informatisée et ses règles sont formalisées, mais il n'y a pas de liste précise des médicaments à risques. Il existe un support unique de prescription administration car l'édition du plan d'administration est directement réalisée à partir du logiciel de prescription.

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

Oui

L'établissement est organisé pour assurer la continuité du traitement du patient de l'entrée à la sortie, la conciliation du traitement du patient est organisée. Il existe une procédure de gestion du traitement personnel du patient.

Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.

Partiellement

L'établissement a formalisé la délivrance nominative des médicaments dans le service de SSR, la dotation pour besoins urgents, la réponse aux demandes urgentes de médicaments avec la pharmacie de l'hôpital de Dreux, l'optimisation des stocks à la PUI, les informations et conseils utiles aux utilisateurs. Le conditionnement unitaire des médicaments n'est pas exhaustif, certains ne sont pas identifiables jusqu'au moment de l'administration: des médicaments avec date de

	Partiellement	péréemption et numéro de lot non identifiables ont été retrouvés lors de la visite. Lors de l'arrivée dans la pharmacie de l'expert visiteur, une préparatrice était dans les locaux, mais la porte principale était bloquée en position ouverte.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments et la traçabilité est organisée. Les protocoles sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Le personnel dédié à la gestion et au rangement des médicaments est régulièrement formé par la pharmacienne. Il n'y a pas de protocole d'administration des médicaments à risque.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les prescriptions sont toutes informatisées et conformes à la réglementation et aux items de "trace écrite des prescriptions médicamenteuses dans les 72 heures de l'admission et à la sortie" de l'indicateur IPAQSS "tenue du dossier patient".
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	La délivrance nominative des médicaments est effective, l'analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée dans le logiciel de prescription et porte essentiellement sur les interactions médicamenteuses, car le pharmacien n'a pas d'accès direct aux données cliniques et biologiques du patient.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	L'information des patients sur le bon usage des médicaments est réalisée, en particulier la réflexion bénéfice risque, mais cette information n'est pas structurée (sauf pour les AVK) et n'est pas tracée dans le dossier du patient.

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments sur un support papier unique prescription administration, directement édité à partir du logiciel de prescription, est assurée en temps réel par les IDE.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Un audit complet sur le circuit du médicament et un audit sur la prescription des antibiotiques et son évaluation sur la période du 01/04 au 30/05 ont été réalisés en 2012. Il n'y a pas eu d'audit sur les armoires à pharmacie.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Suite à des évaluations et à des EPP, des actions d'amélioration, notamment sur la pertinence des prescriptions, ont été mises en place, en particulier sur les traitements par AVK, sur le traitement de la douleur, sur les psychotropes et anxiolytiques... Le bilan de ces actions et sa diffusion aux personnels concernés ne sont pas structurés.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a bis - Soins de longue durée**  
**Prise en charge médicamenteuse du patient**



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

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

En grande partie

La prescription est informatisée et ses règles sont formalisées, mais il n'y a pas de liste précise des médicaments à risques. Il existe un support unique de prescription administration car l'édition du plan d'administration est directement réalisée à partir du logiciel de prescription.

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

Oui

L'établissement est organisé pour assurer la continuité du traitement du patient de l'entrée à la sortie, la conciliation du traitement du patient est organisée. Il existe une procédure de gestion du traitement personnel du patient.

Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.

Partiellement

L'établissement a formalisé la délivrance nominative des médicaments dans le service de SLD, la dotation pour besoins urgents, la réponse aux demandes urgentes de médicaments avec la pharmacie de l'hôpital de Dreux, l'optimisation des stocks à la PUI, les informations et conseils utiles aux utilisateurs. Le conditionnement unitaire des médicaments n'est pas exhaustif, certains ne sont pas identifiables jusqu'au moment de l'administration: des médicaments avec date de

	Partiellement	péréemption et numéro de lot non identifiables ont été retrouvés lors de la visite. Lors de l'arrivée dans la pharmacie de l'expert visiteur, une préparatrice était dans les locaux, mais la porte principale était bloquée en position ouverte.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments et la traçabilité est organisée. Les protocoles sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Le personnel dédié à la gestion et au rangement des médicaments est régulièrement formé par la pharmacienne. Il n'y a pas de protocole d'administration des médicaments à risque.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Les prescriptions sont toutes informatisées et conformes à la réglementation et aux items de "trace écrite des prescriptions médicamenteuses dans les 72 heures de l'admission et à la sortie" de l'indicateur IPAQSS "tenue du dossier patient".
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	La délivrance nominative des médicaments est effective, l'analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée dans le logiciel de prescription et porte essentiellement sur les interactions médicamenteuses, car le pharmacien n'a pas d'accès direct aux données cliniques et biologiques du patient.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	L'information des patients sur le bon usage des médicaments est réalisée, en particulier la réflexion bénéfice risque, mais cette information n'est pas structurée (sauf pour les AVK) et n'est pas tracée dans le dossier du patient.

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments sur un support papier unique prescription administration, directement édité à partir du logiciel de prescription, est assurée en temps réel par les IDE.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Un audit complet sur le circuit du médicament et un audit sur la prescription des antibiotiques et son évaluation sur la période du 01/04 au 30/05 ont été réalisés en 2012. Il n'y a pas eu d'audit sur les armoires à pharmacie.
Des actions, visant le bon usage des médicaments, sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Suite à des évaluations et à des EPP, des actions d'amélioration, notamment sur la pertinence des prescriptions, ont été mises en place, en particulier sur les traitements par AVK, sur le traitement de la douleur, sur les psychotropes et anxiolytiques... Le bilan de ces actions et sa diffusion aux personnels concernés ne sont pas structurés.

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

<b>Cotation</b>		<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	Partiellement	Il n'existe pas de politique formalisée de la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées, mais dans le document "politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient", il est dit "une attention particulière est portée aux patients à risque (personnes âgées...)" et dans le paragraphe "programme d'actions" de ce document il existe un sous paragraphe "améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse chez les patients gériatriques polypathologiques".	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
Des données de référence, permettant une prescription conforme, sont mises à disposition des professionnels.	Oui		
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	En grande partie		

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Partiellement	
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	Partiellement	



## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

<b>Cotation</b>		<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	Partiellement	Il n'existe pas de politique formalisée de la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées, mais dans le document "politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient", il est dit "une attention particulière est portée aux patients à risque (personnes âgées...) et dans le paragraphe "programme d'actions" de ce document il existe un sous paragraphe "améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse chez les patients gériatriques polypathologiques".	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>	
Des données de référence, permettant une prescription conforme, sont mises à disposition des professionnels.	Oui		
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	En grande partie		

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Partiellement	
Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.	Partiellement	

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

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

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

### Critère 21.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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

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



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

### Critère 21.a - Soins de longue durée

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

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

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

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

### Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le laboratoire de biologie médicale développe une politique institutionnelle de management de la qualité, en tenant compte de l'évolution de la réglementation qui conduit à l'accréditation.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La démarche qualité est mise en oeuvre, avec des échéances déterminées, compatibles avec le respect de la réglementation.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité du laboratoire de biologie médicale.	NA	

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

### Critère 22.a - Court Séjour

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	En grande partie	Les règles de fonctionnement sont définies en particulier avec le secteur d'imagerie de l'établissement (radiologie conventionnelle, mammographie et échographie) et celui de Dreux (scanner et IRM). Les partenariats avec d'autres secteurs d'imagerie (scintigraphie à Chartres...) sont connus des professionnels mais pas formalisés.
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Oui	

Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	
L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

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

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

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

<b>Cotation</b>		
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	



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

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

### Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour  
Sortie du patient



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	En grande partie	Du fait de sa taille, l'établissement ne suit pas l'indicateur IPAQSS "un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires", mais les audits réalisés dans l'établissement donnent des résultats autour de 80%.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	La pertinence des orientations à la sortie n'est pas évaluée de façon formalisée. Cependant, les mutations internes peuvent faire l'objet d'informations lors des réunions d'admission hebdomadaires qui regroupent les médecins coordonnateurs, la direction, les admissions et tous les cadres de santé, et il existe des échanges d'informations avec le SSIAD du fait de sa proximité.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

## Référence 24: La sortie du patient

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	En grande partie	Du fait de sa taille, l'établissement ne suit pas l'indicateur IPAQSS "un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires", mais les audits réalisés dans l'établissement donnent des résultats autour de 80%.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	La pertinence des orientations à la sortie n'est pas évaluée de façon formalisée. Cependant, les mutations internes peuvent faire l'objet d'informations lors des réunions d'admission hebdomadaires qui regroupent les médecins coordonnateurs, la direction, les admissions et tous les cadres de santé, et il existe des échanges d'informations avec le SSIAD du fait de sa proximité.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

## Référence 24: La sortie du patient

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



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	En grande partie	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Partiellement	La pertinence des orientations à la sortie n'est pas évaluée de façon formalisée. Cependant, les mutations internes peuvent faire l'objet d'informations lors des réunions d'admission hebdomadaires qui regroupent les médecins coordonnateurs, la direction, les admissions et tous les cadres de santé, et il existe des échanges d'information avec le SSIAD du fait de sa proximité.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée, et connue des acteurs du territoire de santé.	NA	
Le recours aux avis spécialisés, permettant de répondre aux besoins des patients, est organisé et formalisé.	NA	
Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés, selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats



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

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

### Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).	NA	
La charte de fonctionnement définie et validée par un conseil de bloc précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.	NA	

L'échange d'informations, nécessaires à la prise en charge du patient, est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	NA	
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un responsable régule les activités du bloc opératoire, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en oeuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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



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



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

**Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle****Critère 26.c****Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique**

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

<b>Cotation</b>	<b>B</b>	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, et sont formés, notamment en matière d'information des familles.	Oui	
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	Non concerné.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

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

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

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

## PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.a

#### Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



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

L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication, relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats, sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Oui	
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place, afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	En grande partie	Les différents secteurs d'activité clinique et médico-techniques évaluent l'organisation mise en place, cette évaluation n'est pas structurée au niveau de l'établissement.

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.b Pertinence des soins

<b>Cotation</b>		
	A	
<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>



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

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



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

L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.	En grande partie	
---	------------------	--

## 6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_493937/ipaqs-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqs-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-)

### Éléments de lecture du tableau

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

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

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

### Remarque :

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

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

## 7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

# BILAN DES CONTRÔLES EFFECTUÉS ET INSPECTIONS CONCERNANT LA SÉCURITÉ SANITAIRE (Uniquement effectués par organismes et autorités externes)

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	IRP	16/03/2005	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stérilisation des dispositifs médicaux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné : réalisé en externe
Désinfection des dispositifs médicaux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pas d'inspection
Laboratoires d'analyses de biologie médicale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné : réalisé en externe
Infrastructures			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pas d'inspection
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite <input type="checkbox"/> périodique	commission de sécurité	3/01/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	avis conforme
Sécurité électrique	APPAVE	15/02/2010	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	avis conforme
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	DSV	12/03/2003	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage médical			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Eaux à usage technique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux chaudes sanitaires	Culligan	22/02/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	absence de légionnelle
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pas d'inspection / pas de pièces anatomiques
Déchets à risques radioactifs			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Produits sanguins labiles			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pas d'inspection
Sécurité anesthésique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Secteur opératoire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Imagerie et exploration fonctionnelle			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Radiothérapie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non concerné