



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CENTRE HOSPITALIER DES MARCHES DE BRETAGNE

9 rue fougères - 35560 - Antrain

05/2013

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	8
2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	11
1. Niveau de certification	12
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	null
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	null
4. Critères investigués lors de la visite de certification	null
5. Suivi de la décision	null
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	18
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	21
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	23
3. Regard Patient	25
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	25

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	29
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	31
PARTIE 1. Management stratégique	32
PARTIE 2. Management des ressources	56
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	97
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	123
PARTIE 1. Droits et place des patients	124
PARTIE 2. Gestion des données du patient	169
PARTIE 3. Parcours du patient	182
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	257
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	271
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	278
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	280

PREAMBULE

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

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

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

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

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

Les décisions et les rapports de certification sont tous rendus publics sur le site internet de la Haute Autorité de Santé, <http://www.has-sante.fr>. Il revient aux établissements de santé d'en assurer la plus large publicité en interne et en externe, (notamment par le biais de leur site internet).

L'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé dispose que le livret d'accueil doit indiquer les conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées d'une information sur les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins, dont le rapport de certification.

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

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER RENE LE HERISSE

Adresse : 9 rue fougères
35560 Antrain ILLE-ET-VILAINE

Statut : Public

Type d'établissement : Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	12	0	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	73	5	0

Nombre de sites.:	L'établissement est organisé en 2 sites : - site d'ANTRAIN (ex-hopital local René LE HERISSE) - site de ST-BRICE (ex-hopital local Victor ROUSSIN)
Activités principales.:	Les activités principales sont les suivantes: - SSR spécialisé locomoteur adultes sur le site d'ANTRAIN (48 lits en Hospitalisation complète et 5 places en hospitalisation à temps partiel) - SSR polyvalent adultes (14 lits à ANTRAIN et 11 lits à ST-BRICE) - Médecine (12 lits sur le site d'ANTRAIN)
Activités de soins soumises à autorisation.:	- Médecine en hospitalisation complète; - SSR polyvalent adultes (temps complet); - SSR spécialisé locomoteur adultes (temps complet); - SSR spécialisé locomoteur adultes (hospitalisation à temps partiel); - Lits identifiés en soins palliatifs (LISP); - Education Thérapeutique Diabète de type 2;
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	- Etablissement d'aval pour le CHU de Rennes, les CH de Fougères, de Saint-Malo et le CH d'Avranches : coopérations à structurer et formalisation à poursuivre. - Recrutements partagés mis en place avec la clinique de Combourg (qualificienne, informaticien, médecin), l'EHPAD de Bazouges la Pérouse (psychologue) et l'EHPAD de Saint-Georges de Reintembault (médecin coordonnateur EHPAD); - EHPAD du territoire 5 : mise en place d'une équipe de gestion de tutelle interétablissements, groupement d'achats USSIVA, commissions d'admission commune avec les EHPAD de proximité...
--	---

Réorganisation de l'offre de soins

Regroupement/Fusion.:	La nouvelle entité juridique Centre Hospitalier des Marches de Bretagne est issue de la fusion au 1er janvier 2012 des ex-hopitaux locaux d'ANTRAIN et de ST-BRICE-EN-COGLES. Par ailleurs, l'établissement est en direction commune avec l'EHPAD Résidence les Acacias de ST-GEORGES-DE-REINTEBAULT depuis le 1er avril 2012.
Arrêt et fermeture d'activité.:	Fermeture de l'activité médecine du site de ST-BRICE à compter du 1er janvier 2012.
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	- 2 lits identifiés en soins palliatifs autorisés depuis le 03/07/2012 (arrêté en date du 29/11/2012) - Projet de plan directeur architectural visant à regrouper sur le site d'ANTRAIN, l'ensemble de l'activité sanitaire.

2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1.Niveau de certification

Niveau de certification non communiqué.

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:

Sécurité incendie

Hygiène alimentaire

Eau chaude sanitaire

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

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

L'établissement n'est pas assujetti au recueil des indicateurs généralisés en MCO (moins de (500 séjours par an)).Le secteur SRR par contre recueille les indicateurs.

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 14/05/2013 au 17/05/2013.

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

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.a, 1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

3.a, 3.c, 5.a, 5.b, 6.b, 6.c, 7.b, 7.d

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.d Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.b Court Séjour, 11.c Soins de suite et/ou de réadaptation, 11.c Court Séjour, 12.a Court Séjour, 12.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 13.a Court Séjour, 13.a Soins de suite et/ou de réadaptation

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

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

PARCOURS DU PATIENT

16.a Court Séjour, 16.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 18.a Court Séjour, 18.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.a Patients porteurs de maladie chronique, 19.b Soins de suite et/ou de réadaptation, 19.b Court Séjour, 20.a Court Séjour, 20.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 20.a bis Court Séjour, 20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation, 21.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 22.a Court Séjour, 22.a Soins de suite et/ou de réadaptation, 24.a Court Séjour, 24.a Soins de suite et/ou de réadaptation

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

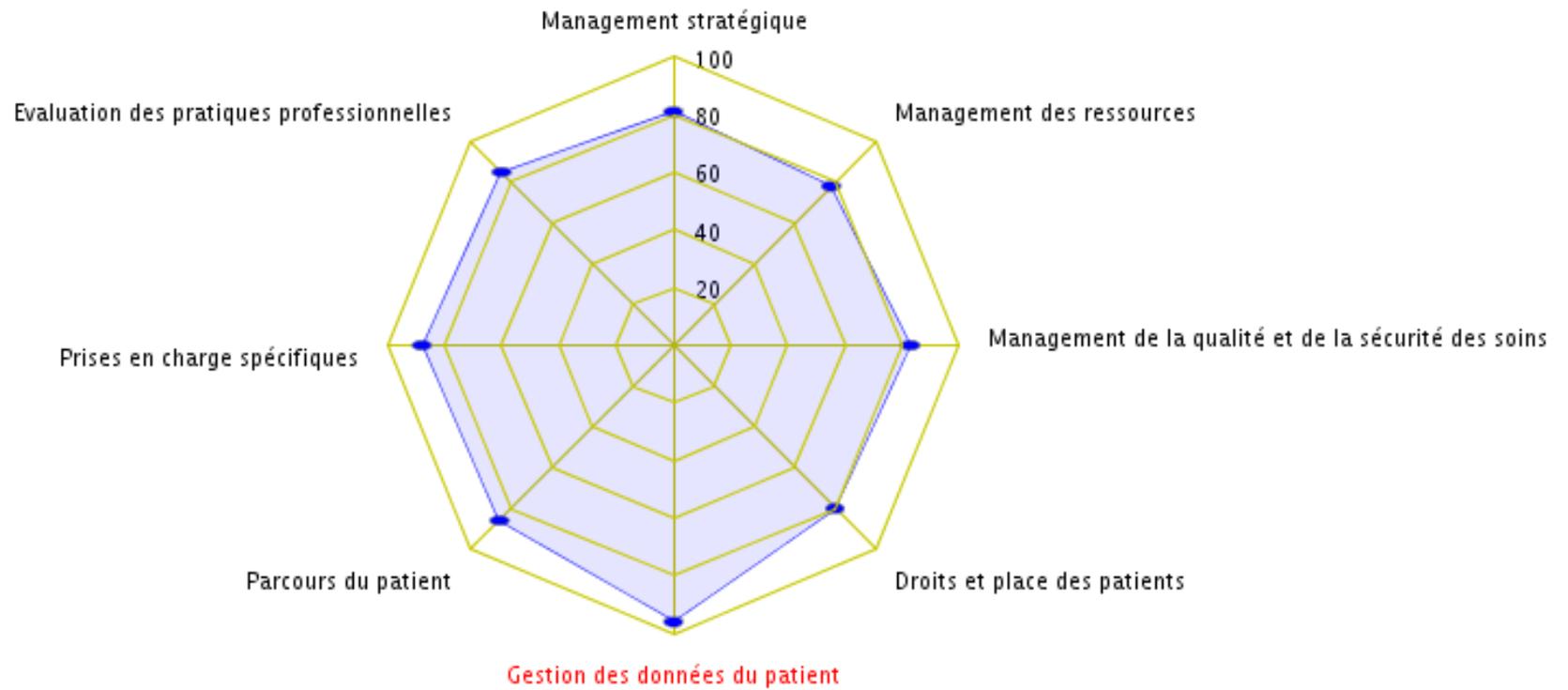
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

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 :

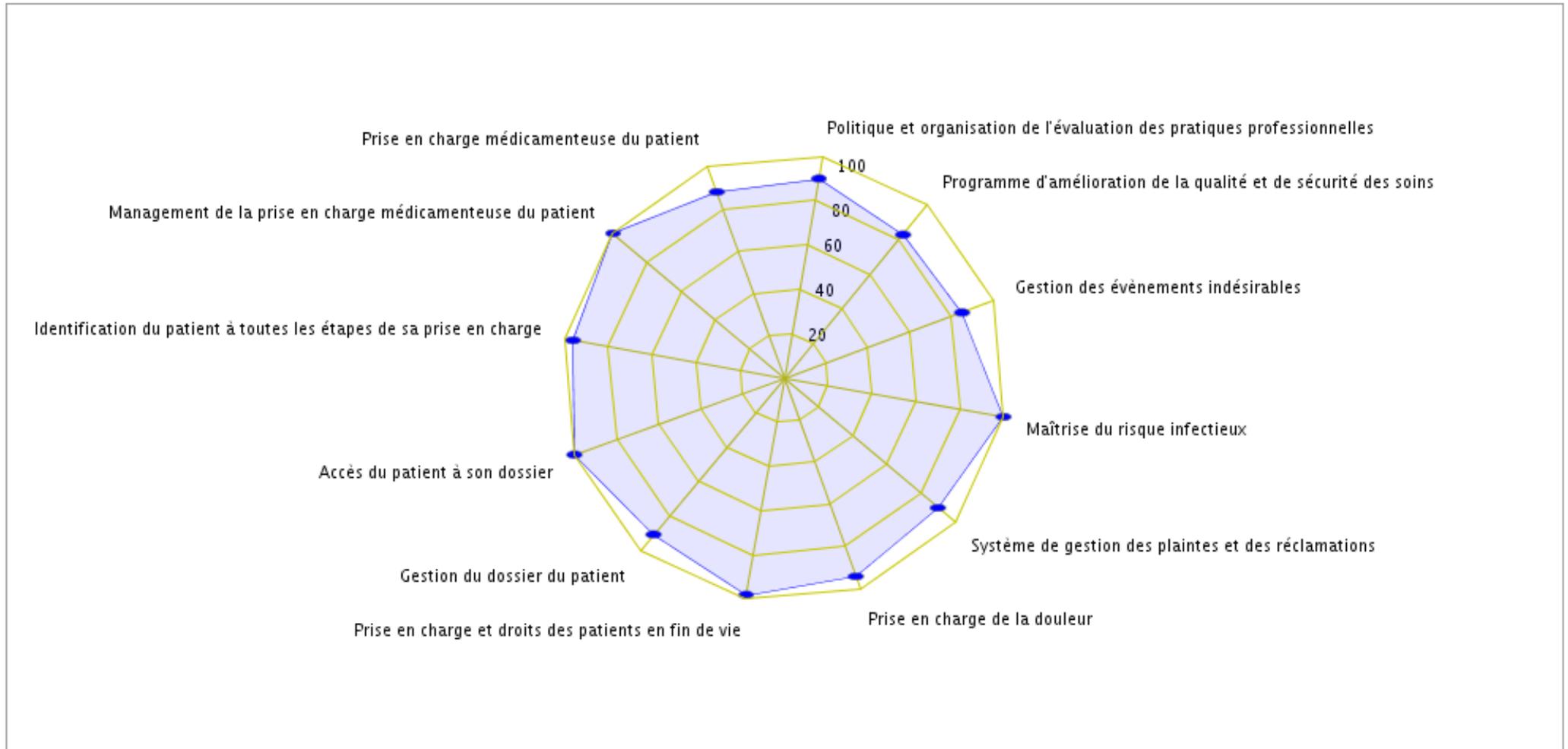
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé 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

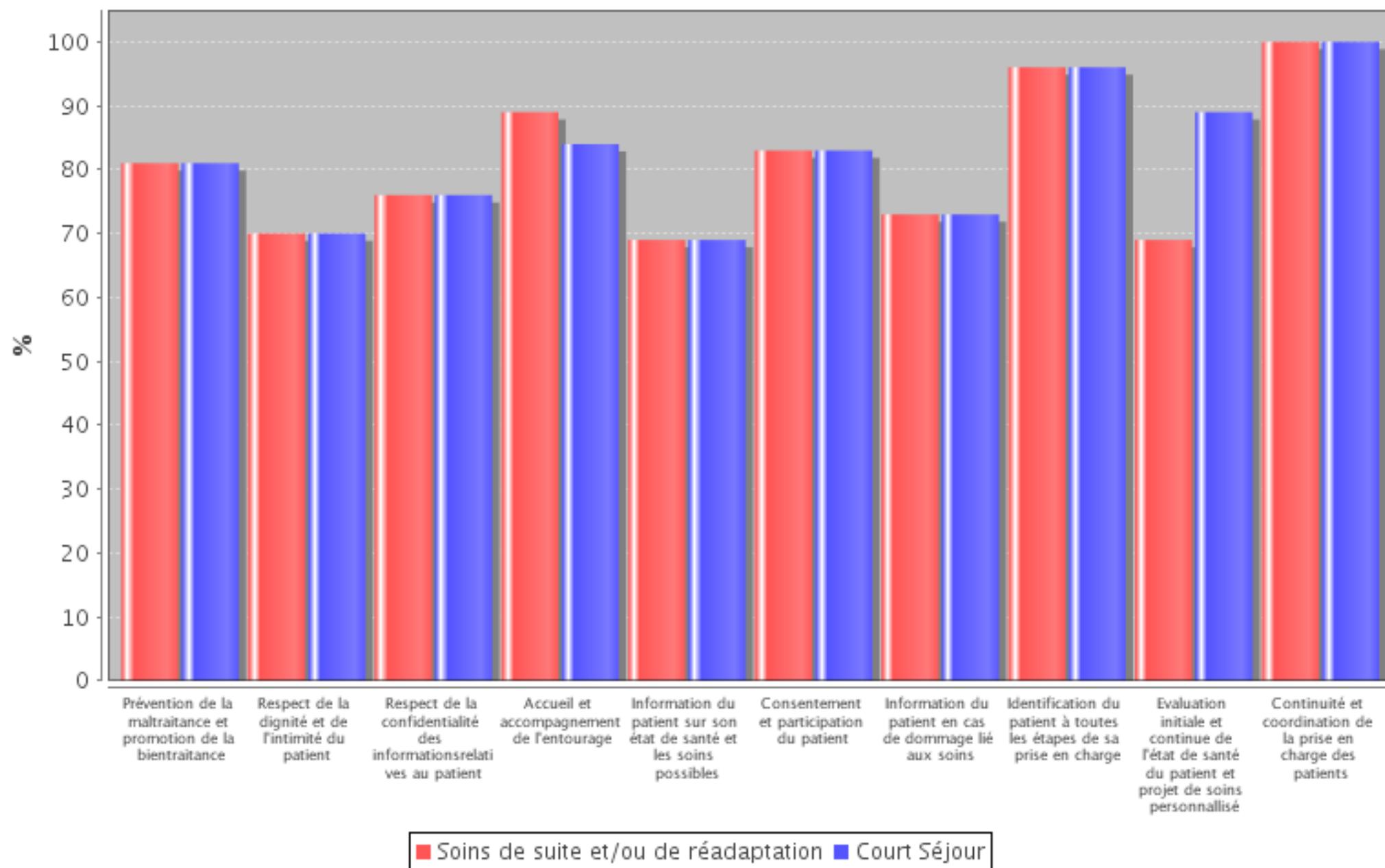


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

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
9b (Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en blanchisserie et dans le circuit de traitement du linge.).	Type 1	Oui	<p>Sur le site de St-Brice, l'activité a été transférée dans de nouveaux bâtiments, permettant un stockage adapté du linge sale et des vêtements de travail.</p> <p>En ce qui concerne les locaux inadaptés de la blanchisserie d'ANTRAIN, une étude de faisabilité a été réalisée. Compte tenu des coûts trop élevés, des mesures correctives ont été mises en place : Protocoles de nettoyage, mise en place de fiches de traçabilité des nettoyages, organisation et rangement du local, intervention d'un prestataire de nettoyage 1 fois par an, réalisation de travaux.</p> <p>Afin de supprimer le stockage du linge sale à l'extérieur, des locaux de stockage adaptés seront inclus dans le cadre du projet de plan directeur architectural qui est actuellement en cours d'étude pour l'activité sanitaire.</p>
10c (La formation des professionnels à la qualité est assurée.).	Type 1	Oui	Un planning de formations a été élaboré et suivi pour répondre aux besoins du programme qualité. Les membres de la cellule qualité ont été formés à la démarche qualité par la qualitiennne.
11c (Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.).	Type 1	Oui	<p>Une conduite à tenir en cas de suspicion de feu est formalisée, validée, et diffusée. Des formations incendie sont organisées en direction de l'ensemble du personnel.</p> <p>Une conduite à tenir en cas d'urgences vitales est formalisée, validée, mise à jour et diffusée dans chaque service.</p> <p>L'actualisation du document unique intégrant la hiérarchisation des risques professionnels est programmée en lien avec les membres du CHSCT et avec participation des agents (oct 2012-février 2013). Un échéancier de réactualisation sera défini .</p> <p>Des temps de travail par services ont été définis afin</p>

Libellé de la décision V2/V2007	Niveau de la décision V2/V2007	APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS	
		Suivi de la décision oui/non/en cours	Commentaires
			d'identifier et de hiérarchiser les risques associés aux soins.
15a (L'hygiène des locaux est assurée.) ; 15d (L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est assurée.).	Type 1	Oui	L'EOH a mis en place une procédure relative à l'identification et à la classification des zones à risques. Des procédures de nettoyage pour les locaux blanchisserie et le local de stockage final des DASRI sont en place et une traçabilité a été organisée dans les classeurs d'hygiène. Un audit hygiène est prévu en décembre 2012, qui permettra de définir des actions d'amélioration, intégrées au programme d'actions 2013 du CLIN. S'agissant des DASRI, le local de stockage final est situé à ANTRAIN : il est aux normes et sécurisé et la fiche de traçabilité du nettoyage est affichée. Des locaux de stockages intermédiaires sont sécurisés.
44d (L'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.).	Type 1	En cours	Des indicateurs de suivi ont été définis en COPIQ-CGR, instance qui assure leur suivi. Le programme de gestion des risques est évalué par des enquêtes, audits, questionnaires (audits circuit des déchets, IPAQSS, audit bienveillance, questionnaires de satisfaction, BILANLIN...)Cependant cette organisation est nouvelle et les évaluations ne sont pas à périodicité définie, puisque trop récentes.

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

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

Non

Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

En grande partie

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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.

En grande partie

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

En grande partie

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la commission des relations avec les usagers, et de la qualité de la prise en charge (CRU).

Oui

Des formations sur les droits des patients, destinées aux professionnels, sont organisées.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.e

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Partiellement

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

Oui

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

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins contient des axes prioritaires dont fait partie le développement de l'EPP. Le groupe EPP est composé d'une infirmière, d'un diététicien, d'une qualicienne, de deux directrices adjointes, de trois cadres, et de cinq médecins. Ce groupe suit l'état d'avancement de chaque EPP.

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

Oui

Le groupe EPP inclu des membres de la direction, ce qui permet une concertation régulière avec les professionnels du soin. La directrice de l'établissement suit l'état d'avancement des EPP, grâce au compte rendu du groupe EPP.

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

Oui

La qualicienne de l'établissement a été désigné la pilote du groupe. Elle supervise le développement et l'avancée de la démarche EPP dans l'établissement. Elle apporte un soutien méthodologique aux groupes en charge d'une EPP.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	La qualitiennne accompagne les professionnels pour la mise en oeuvre des EPP, en particulier sur le plan méthodologique.Elle est en lien avec les responsables qualité d'autres établissements des environs (Fougères,Saint Malo,et Rennes).
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	Le comité de pilotage qualité et gestion des risques (COPIQCGR) de l'établissement est informé de l'état d'avancement des démarches EPP.La directrice de l'établissement fait parti de ce comité.Une information sur les EPP a été réalisée pour le personnel en 2012.Un plan de communication permet de diffuser des informations sur le suivi des démarches EPP.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Les résultats des démarches EPP les concernant sont communiqués aux services lors des transmissions. Des plaquettes d'information sont également présentes dans l'établissement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	La CME,la CSIMRT,sont informées de l'état d'avancement des démarches EPP.Le CLIN,le CLAN,le COMEDIMS sont également informés de l'état d'avancement des EPP les concernant.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Non	La réorganisation récente de la démarches EPP dans l'établissement (réactivation du groupe: commission d'évaluation des pratiques professionnelles fin 2011), ne permet pas de réviser la stratégie de développement des EPP à périodicité définie.

Référence 1: La stratégie de l'établissement

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en oeuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En grande partie

Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forums, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

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

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

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

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

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

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

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

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

Critère 2.c Fonctionnement des instances

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

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

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

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

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

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

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



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	Oui	
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs, des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	En grande partie	
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.

En grande partie

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

En grande partie

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

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

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

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

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

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.	En grande partie	

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'établissement conduit une analyse des coûts, dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne.

Partiellement

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

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

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

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.

Oui

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.

Partiellement

Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

Oui

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.b

Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

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

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

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

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

Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

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

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Partiellement

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



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

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

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

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

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

Critère 7.a Gestion de l'eau

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.

Non

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance préventive et curative des installations, élaboré avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), est mis en oeuvre.

Oui

Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), et tracés.

Oui

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

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

Critère 7.b Gestion de l'air

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

NA

Au regard du contexte, cet élément d'appréciation est non applicable.
L'établissement ne dispose pas de bloc opératoire ni de stérilisation, et ne réalise pas de préparation de produit pharmaceutique (cytostatine).

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

Partiellement

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

Non

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

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

Critère 7.c Gestion de l'énergie

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

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Non

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

En grande partie

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.

En grande partie

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

En grande partie

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

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

Critère 7.d Hygiène des locaux

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les actions à mettre en oeuvre, afin d'assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité, sont définies avec l'EOH ou la CME.	Oui	
En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations.	NA	Au regard du contexte, cet élément d'appréciation est non applicable.
Les responsabilités sont identifiées, et les missions sont définies.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	Oui	

Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH ou la CME.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	Les actions d'amélioration ne sont pas encore mises en oeuvre.

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

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

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

PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA 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

L'établissement décline ses actions d'amélioration dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ce plan est accompagné d'un plan d'actions formalisé (Plan d'action COPIQ-CGR). La politique et les objectifs d'amélioration ont été définis.

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

Oui

Le programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation. Il s'appuie sur les déclarations des plaintes et réclamations, des fiches d'événements indésirables, et prend en compte l'analyse des dysfonctionnements et les risques majeurs ou récurrents. Il intègre les dispositifs de vigilance ainsi que les risques associés aux soins.

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

NA

Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable. L'établissement n'a pas de médecins engagés dans la démarche d'accréditation

Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme est présenté à la CME, et il est réalisé avec le COPIQ-CGR
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est accompagné d'un plan d'actions formalisé(Plan d'action COPIQ-CGR). Il est mis en œuvre dans les secteurs d'activité avec un échéancier et des pilotes sont désignés pour leur suivi.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Des personnes référentes sont désignées pour assurer le suivi des actions dans les secteurs d'activité. Les réunions du COPIQ-CGR sont régulière et fréquentes. L'état d'avancement des actions est évalué à chaque réunion.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	En grande partie	L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est abordée lors des réunions du COPIQ-CGR.Cependant, la mesure de cette efficacité n'est pas structurée, et ne s'appuie pas sur les comparaisons avec des indicateurs locaux ou nationaux.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Non	Le programme d'amélioration de la qualité n'est pas réajusté en fonction des évaluations.

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

Critère 8.b

Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une fonction de coordination de la gestion des risques, associés aux soins, est définie dans l'établissement.	Oui	L'établissement a mis en place une organisation de la qualité et de la gestion des risques, avec une direction affectée, un gestionnaire désigné et une instance de pilotage(COPIQ-CGR. La fonction GDR figure dans l'organigramme.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles, autour de l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins.	Oui	La coordination des risques est confiée au gestionnaire des risques qui assure aussi la coordination des vigilances. L'établissement s'entoure des compétences nécessaires pour répondre aux objectifs liés à la gestion des risques.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins sont évaluées.	Non	L'établissement ne procède pas à l'évaluation des conditions d'exercice de la fonction des risques. Le gestionnaire des risques n'est arrivé que depuis janvier 2013.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Critère 8.e
Gestion de crise

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

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

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

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a mis en place une organisation pour assurer le signalement, le traitement et l'analyse des événements indésirables. Les signalements sont réalisés au moyen d'une fiche disponible dans les services. Le gestionnaire des risques analyse les signalements avec les cadres du secteur d'activité concerné. Les notions de fréquence et gravité sont prises en compte.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.

Oui

Les professionnels de santé sont formés à l'utilisation des fiches de signalement. Les nouveaux arrivants reçoivent aussi cette formation qui est l'objet d'un programme avec des supports de formation.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.

En grande partie

Les professionnels concernés sont formés au processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. Cependant l'établissement ne dispose pas d'un programme et de supports de formation.

L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.	En grande partie	Les événements indésirables graves nécessitant une analyse des causes profondes sont identifiés au sein du COPIQ-CGR. Ils sont abordés avec les professionnels des secteurs d'activité concernés. Cependant, la formation aux méthodes d'analyse de ces événements n'est pas encore réalisée. Elle est prévue pour le mois de juin 2013.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.	Oui	Des actions correctives sont mises en place suite à l'analyse des événements rencontrés. Elles sont hiérarchisées en fonction des thématiques. La coordination et le suivi sont réalisés par le gestionnaire des risques, le COPIQ-CGR, et un plan d'actions est établi.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Les causes profondes des événements indésirables récurrents sont identifiés et font l'objet d'un traitement spécifique par le gestionnaire des risques. Elles sont présentées au COPIQ-CGR.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	En grande partie	L'efficacité des actions correctives est mesurée lors des réunions du COPIQ-CGR. Cependant l'établissement n'a pas élaboré un dispositif structuré pour ces évaluations.

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

Critère 8.g Maîtrise du risque infectieux



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

Cotation	A	
Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score agrégé	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	Aucun	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une politique, une organisation et des moyens adaptés aux activités de l'établissement sont définis, en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène, afin de maîtriser le risque infectieux.	Oui	La politique de maîtrise du risque infectieux a été définie et formalisée par l'équipe opérationnelle d'hygiène. Cette politique est maintenant validée par la CME. Le coordonnateur de la gestion des risques de l'établissement a intégré cette politique dans le programme globale d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.
Des procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont établis.	Oui	Un classeur de procédures et de protocoles est en place dans l'ensemble des services de l'établissement.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, incluant celles issues des signalements, sont mises en oeuvre par les professionnels, en lien avec l'EOH.	Oui	Une procédure de signalement interne a été mise en place par l'EOH.
L'établissement participe à des activités d'échange et de comparaison interétablissements, notamment aux programmes des CCLIN.	Oui	Des audits et des enquêtes de prévalence (antibiotiques, précautions standard etc...) ont été organisées en lien avec les programmes du CCLIN ouest.
La formation des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux est assurée.	Oui	Les membres du personnel concernés et les nouveaux arrivants ont accès à une formation à l'hygiène et à la prévention des risques.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif de maîtrise du risque infectieux est évalué, notamment à l'aide d'indicateurs.	Oui	Les indicateurs issus des bilans LIN sont suivis (consommation de SHA, antibiotiques...).
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Un plan d'action est proposé chaque année par le CLIN. Cela concernait entre autre en 2013, le suivi du bilan LIN, suivi de la qualité de l'air en SSR, l'hygiène en blanchisserie, la formation des nouveaux agents, de l'équipe de ménage et des infirmières.

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

Critère 8.h Bon usage des antibiotiques



Cette grille est applicable uniquement dans les établissements concernés et disposant de l'indicateur ICATB (indicateur composite de bon usage des antibiotiques), issu du tableau de bord des infections nosocomiales généralisé par le ministère de la Santé.

Les établissements non concernés par cet indicateur sont les établissements d'hospitalisation à domicile, d'hémodialyse, ambulatoires, les centres de postcure alcoolique exclusifs et les maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (MECSS).

Cotation		B
Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score ICATB	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	Aucun	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	
Une organisation générale, pluriprofessionnelle de la prescription antibiotique, est en place.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	
Un système de dispensation contrôlée est utilisé.	Oui	

Un programme de formation continue des professionnels de santé est en place dans l'établissement.	Partiellement	
Un guide et des protocoles de bon usage de prescription sont diffusés aux professionnels.	Oui	
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	Oui	
Un dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques est en place.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le bon usage des antibiotiques est évalué, notamment par le suivi d'indicateurs.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

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

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

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

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

Critère 8.j
Maîtrise du risque transfusionnel

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

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

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

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

Critère 8.k
Gestion des équipements biomédicaux

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.	Partiellement	
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.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre, sous la responsabilité d'un professionnel identifié.	Oui	
La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée, et les actions sont tracées.	Oui	

Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.	En grande partie	
Les patients et leurs familles sont informés de la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (alarme, etc.) des équipements biomédicaux installés au domicile.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La gestion des équipements biomédicaux est évaluée, et donne lieu à des actions d'amélioration.	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	L'établissement a organisé la gestion des plaintes et réclamations. Une procédure est formalisée, et les responsabilités définies. Un registre des plaintes est mis en place. Le responsable qualité est chargé de cette mission. La CRUQ-PC est en place et fonctionne selon la réglementation en vigueur. Celle-ci intègre un dispositif de médiation complet. Les usagers ont connaissance de l'organisation de la CRUQ-PC. Ils sont informés des possibilités de dépôt de plainte et de médiation par le livret d'accueil.
Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Partiellement	Au sein de la cellule qualité, les plaintes sont rapprochées des événements indésirables quand ils peuvent être liés. Cependant cette articulation n'est pas formalisée.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	Les plaintes et réclamations sont reçues par la direction, traitées par la responsable qualité, présentées à la cellule qualité, qui associe les professionnels concernés pour l'élaboration et la mise en oeuvre des actions correctives.

Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.	Oui	Le dispositif mis en place issu de la procédure élaborée pour le traitement des plaintes et réclamations, prévoit l'information du plaignant qui est réalisée dans un délai moyen de 8 jours. En cas d'insatisfaction du plaignant, l'établissement lui propose une rencontre avec le médiateur médical ou non médical selon le cas.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Oui	Toutes les plaintes et réclamations, ainsi que les délais de réponse au plaignant sont mises à disposition de la CRUQ-PC à chaque réunion de celle-ci. Le bilan annuel de la CRUQ-PC retrace ces éléments.L'analyse qualitative et quantitative des plaintes et réclamations est réalisée par la responsable qualité, et présentée en CRU. Les recommandations sont intégrées au plan d'action qualité et de la sécurité des soins.

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

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

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

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

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

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

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

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

En grande partie

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

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

En grande partie

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

En grande partie

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

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

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.c - Court Séjour

Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

En grande partie

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

En grande partie

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.	En grande partie	
Des actions d'amélioration, en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont menées.	Partiellement	

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.d - Court Séjour Accueil et accompagnement de l'entourage

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

En grande partie

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

NA

L'établissement n'accueille pas d'enfants

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

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

B

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

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

Oui

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

NA

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

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

Oui

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

Oui

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Court Séjour

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

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

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

Référence 10: La bientraitance et les droits

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

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

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

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

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

Critère 11.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Critère 11.c - Court Séjour

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

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

La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Non	La démarche mise en place récemment n'a pas permis une évaluation de l'ensemble de l'organisation.
--	-----	--

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

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

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

La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Non	La démarche mise en place récemment n'a pas permis une évaluation de l'ensemble de l'organisation.
--	-----	--

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

La stratégie de prise en charge de la douleur est définie par le CLUD crée en 2002 et intégrée au programme d'amélioration de la qualité. Cette stratégie est déployée dans l'ensemble des services de l'établissement. Un plan d'action annuel avec des objectifs est réalisé par le CLUD.

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 analgésique issus des recommandations de bonne pratique sont définis et validés par le CLUD. Il s'agit de:

- conduite à tenir devant une douleur en l'absence de praticien.
- conduite à tenir devant une douleur connue de palier 1, en l'absence d'un praticien.
- conduite à tenir devant un patient douloureux ne pouvant pas avaler de médicament par la bouche
- sédation d'un patient à l'hypnovel
- utilisation de la Kétamine dans les soins douloureux
- utilisation de la Kétamine dans les douleurs rebelles
- utilisation du Midazolam
- utilisation des anesthésiques de contact
- grille de surveillance de la sédation par Hypnovel

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	L'établissement organise des soirées sur le thème de la prise en charge de la douleur deux fois par an pour l'ensemble du personnel. Le plan de formation contient plusieurs items sur la prise en charge de la douleur tel que physiopathologies de la douleur, douleur neuropathique, évaluation de la douleur, et repérer la douleur. Les ateliers "humanitude" intègrent des éléments de prise en charge de la douleur.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Le secteur de médecine met en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur. L'évaluation de la douleur est maintenant tracée à l'accueil du patient. Cela permet à l'infirmière ou à l'aide soignante d'informer le patient sur les pratiques de l'établissement concernant la douleur. L'utilisation de pompe PCA est également expliquée au patient si nécessaire. L'ensemble du personnel de médecine est sensibilisé à l'éducation du patient. C'est un des éléments de la stratégie de l'établissement.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	L'établissement n'est pas assujéti au recueil de l'indicateur "traçabilité de l'évaluation de la douleur" en MCO. L'évaluation de la douleur est faite à l'entrée du patient, et a été retrouvée dans les dossiers consultés. La réévaluation est maintenant également toujours retrouvée.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Le CLUD est volontairement composé de l'ensemble des métiers intervenant auprès du patient. La stratégie définie rappelle la prise en charge de la douleur concerne tous les intervenants. L'évaluation de la douleur est toujours retrouvée dans les dossiers. Le traitement est réajusté en moyenne au bout d'une heure, mais une personnalisation de chaque cas peut faire varier ce temps de réévaluation. Les modifications de traitement sont toujours tracées dans le dossier informatisé.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles d'hétéro évaluation sont en place et à disposition dans le service de médecine. Le personnel concerné est formé à l'utilisation de ces échelles.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Le responsable du service de médecine participe au staff hebdomadaire, ainsi qu'aux transmissions afin de s'assurer de l'évaluation de la douleur et de l'utilisation des échelles. Il supervise également chaque dossier. Une EPP sur la prise en charge de la douleur est en place dans l'établissement depuis 2009.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	En grande partie	Une EPP en place depuis 2009, est en cours à nouveau depuis 2012. Un questionnaire sur la prise en charge de la douleur a été diffusé pour le personnel en 2008. Un item sur la douleur est présent dans le questionnaire de sortie. La périodicité des audits n'est cependant pas définie.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration ont été mise en place et validées par le CLUD. Cela concerne les formations réalisées en interne, l'utilisation de KETAMINE, et la formalisation des protocoles NARCAN et ANEXATE.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement participe à des partages d'expériences au niveau régional avec le CHU de Rennes, le CH de Fougères et l'équipe mobile de soins palliatifs.

Référence 12: La prise en charge de la douleur

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	La stratégie de prise en charge de la douleur est définie par le CLUD crée en 2002 et intégrée au programme d'amélioration de la qualité. Cette stratégie est déployée dans l'ensemble des services de l'établissement. Un plan d'action annuel avec des objectifs est réalisé par le CLUD.
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 analgésique issus des recommandations de bonne pratique sont définis et validés par le CLUD. Il s'agit de: <ul style="list-style-type: none"> - conduite à tenir devant une douleur en l'absence de praticien. - conduite à tenir devant une douleur connue de palier 1, en l'absence d'un praticien. - conduite à tenir devant un patient douloureux ne pouvant pas avaler de médicament par la bouche - sédation d'un patient à l'hypnovel - utilisation de la Kétamine dans les soins douloureux - utilisation de la Kétamine dans les douleurs rebelles - utilisation du Midazolam - utilisation des anesthésiques de contact - grille de surveillance de la sédation par Hypnovel

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	L'établissement organise des soirées sur le thème de la prise en charge de la douleur deux fois par an pour l'ensemble du personnel. Le plan de formation contient plusieurs items sur la prise en charge de la douleur tel que physiopathologies de la douleur, douleur neuropathique, évaluation de la douleur, et repérer la douleur. Les ateliers "humanitude" intègrent des éléments de prise en charge de la douleur.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Le secteur de SSR met en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur. L'évaluation de la douleur est maintenant tracée à l'accueil du patient. Cela permet à l'infirmière ou à l'aide soignante d'informer le patient sur les pratiques de l'établissement concernant la douleur. L'utilisation de pompe PCA est également expliqué au patient si nécessaire. L'ensemble du personnel de SSR est sensibilisé à l'éducation du patient. C'est un des éléments de la stratégie de l'établissement.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "prise en charge de la douleur" et de sa valeur de 23% pour la campagne 2011. Hôpital local d'Antrain : valeur 26% avec un intervalle de confiance à 95% = [17%-36%] Hôpital local Saint Brice en Cogles : valeur 20% avec un intervalle de confiance à 95% = [11%-29%].
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Le CLUD est volontairement composé de l'ensemble des métiers intervenant auprès du patient. La stratégie définie rappelle la prise en charge de la douleur concerne tous les intervenants. L'évaluation de la douleur est toujours retrouvée dans les dossiers. Le traitement est réajusté en moyenne au bout d'une heure, mais une personnalisation de chaque cas peut faire varier ce temps de réévaluation. Les modifications de traitement sont toujours tracés dans le dossier informatisé.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles d'hétéro évaluation sont en place et à disposition dans le service de soins de suite.Le personnel concerné est formé a l'utilisation de ces échelles.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Le responsable du service de soins de suite participe au staff hebdomadaire, ainsi qu'aux transmissions afin de s'assurer de l'évaluation de la douleur et de l'utilisation des échelles.Il supervise également chaque dossier.Une EPP sur la prise en charge de la douleur est en place dans l'établissement depuis 2009.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	En grande partie	Une EPP en place depuis 2009, est en cours à nouveau depuis 2012.Un questionnaire sur la prise en charge de la douleur a été diffusé pour le personnel en 2008.Un item sur la douleur est présent dans le questionnaire de sortie.La périodicité des audits n'est cependant pas définie.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Des actions d'amélioration ont été mise en place et validées par le CLUD. Cela concerne les formations réalisées en interne,l'utilisation de KETAMINE,et la formalisation des protocoles NARCAN et ANEXATE.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement participe à des partages d'expériences au niveau régional avec le CHU de Rennes,le CH de Fougères et l'équipe mobile de soins palliatifs.

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

Un groupe "soins palliatifs" est en place dans l'établissement. Un médecin, une infirmière et une psychologue ont obtenu un diplôme inter universitaire en soins palliatifs. Un item sur le développement des soins palliatifs est intégré à la politique qualité et gestion des risques. Deux lits dédiés "soins palliatifs" ont été octroyés par l'ARS. Des objectifs sont déclinés par les acteurs de la démarche. L'établissement est en lien avec l'EMSP du centre hospitalier de Fougères. Une procédure d'accueil est également en place dans le service de médecine.

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

Oui

Une fiche spécifique de demande d'admission est en place. Le livret d'accueil contient des éléments sur les directives anticipées. Des formations ont été dispensées au personnel afin de pouvoir informer les patients avec l'approche nécessaire dans ce type de situation. Les volontés du patient sont tracées dans le dossier le cas échéant.

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Le livret d'accueil contient un paragraphe sur les directives anticipées. Une plaquette explicative est également à disposition des patients. Un document permet au patient de rédiger des directives anticipées.
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	Un projet de prise en charge est réalisé pour chaque patient dans le service de médecine doté de deux lits de soins palliatifs. Ce projet est défini en équipe pluridisciplinaire en y associant le patient en état de communiquer ou sa famille. Un staff soins palliatifs a lieu tous les 15 jours afin de réévaluer le projet de soins de chaque patient. Des formations sont dispensées au personnel concerné. La psychologue assure le soutien des proches si nécessaire, ainsi que celui du personnel.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Une formation a été réalisée en octobre 2012 par un organisme extérieur sur les soins palliatifs, une autre intitulée "sensibilisations aux différentes étapes de la vie". Un questionnaire sur les connaissances du personnel en soins palliatifs a été réalisé et analysé. Le médecin détenteur du DU dispense en interne des formations intitulées, prendre en charge la douleur, et personne de confiance. L'infirmière diplômée dispense une formation sur l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur. L'ensemble de ces formations sont intégrées au plan de formation.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des staff soins palliatifs ont lieu tous les 15 jours dans le service de médecine, à la fois avec les personnes concernées et les personnes compétentes. Cela permet une réévaluation de chaque cas, et une discussion pluridisciplinaire. Si nécessaire il peut être fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Fougères.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	La psychologue formée aux soins palliatifs, organise si nécessaire des actions de soutien au personnel. Ces actions sont sous forme de debriefing lors de situation complexe, ou analyse des pratiques professionnelles.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	L'établissement a organisé en 2009 une soirée CLUD ou la loi Leonetti a été expliqué au personnel.Le plan de formation propose plusieurs informations sur les dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a signé une convention avec l'association JALMALV en avril 2013.Des membres de l'association 35 est venue présenter leurs actions, ainsi que le contenu de leurs interventions en 2012.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	En grande partie	La prise en charge des patients en fin de vie, est abordé en CME,et au CLUD.La création d'un espace éthique en lien avec le staff soins palliatifs est à l'étude.Chaque cas fait l'objet d'une analyse à posteriori en équipe pluridisciplinaire dans le service.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Le service a mis en place une réflexion pluridisciplinaire sur la limitation et l'arrêt des traitements lors des transmissions,mais le sujet peut être abordé au moment de la visite des médecins, ou au staff soins palliatifs.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Un plan d'action est défini.Cela concerne la signature de la convention avec l'association JALMALV,pérennisation du staff soins palliatifs,participation de la psychologue et de l'infirmière référentes au congrès sur la limitation et arrêt thérapeutiques actifs,et écriture d'une procédure LATA (limitation et arrêt thérapeutiques actifs).

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

Un groupe "soins palliatifs" est en place dans l'établissement. Un médecin, une infirmière et une psychologue ont obtenu un diplôme inter universitaire en soins palliatif. Un item sur le développement des soins palliatifs est intégré à la politique qualité et gestion des risques. Deux lits dédiés "soins palliatifs" ont été octroyés par l'ARS. Des objectifs sont déclinés par les acteurs de la démarche. L'établissement est en lien avec l'EMSP du centre hospitalier de Fougères. Une procédure d'accueil est également en place dans le service de soins de suite.

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

Oui

Une fiche spécifique de demande d'admission est en place. Le livret d'accueil contient des éléments sur les directives anticipées. Des formations ont été dispensées au personnel afin de pouvoir informer les patients avec l'approche nécessaire dans ce type de situation. Les volontés du patient sont tracées dans le dossier le cas échéant.

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Le livret d'accueil contient un paragraphe sur les directives anticipées. Une plaquette explicative est également à disposition des patients. Un document permet au patient de rédiger des directives anticipées.
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	Un projet de prise en charge est réalisé pour chaque patient dans le service de soins de suite. Ce projet est défini en équipe pluridisciplinaire en y associant le patient en état de communiquer ou sa famille. Un staff soins palliatifs a lieu tous les 15 jours afin de réévaluer le projet de soins de chaque patient. Des formations sont dispensées au personnel concerné. La psychologue assure le soutien des proches si nécessaire, ainsi que celui du personnel.
Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.	Oui	Une formation a été réalisée en octobre 2012 par un organisme extérieur sur les soins palliatifs, une autre intitulée "sensibilisations aux différentes étapes de la vie". Un questionnaire sur les connaissances du personnel en soins palliatifs a été réalisé et analysé. Le médecin détenteur du DU dispense en interne des formations intitulées, prendre en charge la douleur, et personne de confiance. L'infirmière diplômée dispense une formation sur l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur. L'ensemble de ces formations sont intégrées au plan de formation.
Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.	Oui	Des staff soins palliatifs ont lieu tous les 15 jours dans le service de soins de suite, à la fois avec les personnes concernées et les personnes compétentes. Cela permet une réévaluation de chaque cas, et une discussion pluridisciplinaire. Si nécessaire il peut être fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Fougères.
Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.	Oui	La psychologue formée aux soins palliatifs, organise si nécessaire des actions de soutien au personnel. Ces actions sont sous forme de debriefing lors de situation complexe, ou analyse des pratiques professionnelles.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.	Oui	L'établissement a organisé en 2009 une soirée CLUD ou la loi Leonetti a été expliqué au personnel.Le plan de formation propose plusieurs informations sur les dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a signé une convention avec l'association JALMALV en avril 2013.Des membres de l'association 35 sont venus présenter leurs actions, ainsi que le contenu de leurs interventions en 2012.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	En grande partie	La prise en charge des patients en fin de vie, est abordé en CME,et au CLUD.La création d'un espace éthique en lien avec le staff soins palliatifs est à l'étude.Chaque cas fait l'objet d'une analyse à posteriori en équipe pluridisciplinaire dans le service.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	Le service a mis en place une réflexion pluridisciplinaire sur la limitation et l'arrêt des traitements lors des transmissions,mais le sujet peut être abordé au moment de la visite des médecins, ou au staff soins palliatifs.
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	Un plan d'action est défini.Cela concerne la signature de la convention avec l'association JALMALV,pérennisation du staff soins palliatifs,participation de la psychologue et de l'infirmière référentes au congrès sur la limitation et arrêt thérapeutiques actifs,et écriture d'une procédure LATA (limitation et arrêt thérapeutiques actifs).

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	L'établissement a mis en place une procédure formalisée définissant les règles de tenue du dossier, ainsi que son archivage. Le dossier patient est informatisé, et son paramétrage a été organisé. Cette procédure est accessible aux professionnels qui ont reçu la formation nécessaire, y compris pour les nouveaux arrivants.
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 par les professionnels sont établies. Pour les hospitalisations antérieures qui font partie d'un dossier archivé, l'accès au dossier est réalisé par le département d'informations médicales. Un registre de prélèvement des dossiers figure aux archives, permettant de connaître où se trouve le dossier. L'accès au dossier informatisé n'est possible que grâce à un identifiant et un mot de passe selon le profil autorisé, et après signature d'une charte d'accès au système d'information. Pour les professionnels externes, les éléments du dossier pour l'hospitalisation en cours sont fournis par le médecin responsable de la prise en charge.
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	L'établissement n'est pas soumis au recueil obligatoire des indicateurs IPAQSS pour le court séjour. L'informatisation du dossier permet aux professionnels de santé de tracer en temps utile les éléments de la prise en charge tout au long de l'hospitalisation. Les éléments de la prise en charge sont écrits dans le dossier au fur et à mesure, et sont horodatés.
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	L'accès au dossier par les professionnels de l'établissement est soumis à un profil selon les fonctions, au moyen d'un identifiant et mot de passe. L'établissement a mis en place un système informatisé accessible aux correspondants externes depuis les cabinets libéraux et sous réserve de respecter les règles d'accessibilité (identifiant et un mot de passe). Les modalités de communication font l'objet d'un protocole structuré.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement n'est pas assujéti au recueil des indicateurs IPAQSS en court séjour. Les éléments du PMSI permettent d'évaluer la gestion du codage des actes des dossiers patient.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration ont été mises en place, et coordonnées par le comité de pilotage qualité et gestion des risques (COPIQ-CGR). Une check-list relative à la constitution des éléments du dossier patient est établie. Les améliorations concernent aussi les escarres avec l'échelle de NORTON, la douleur, le calcul de l'IMC pour la nutrition.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	L'établissement a mis en place une procédure formalisée définissant les règles de tenue du dossier, ainsi que son archivage. Le dossier patient est informatisé, et son paramétrage a été organisé. Cette procédure est accessible aux professionnels qui ont reçu la formation nécessaire, y compris pour les nouveaux arrivants.
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 éléments du dossier pour l'hospitalisation en cours sont fournies par le médecin responsable de la prise en cours. Pour les hospitalisations antérieures qui font partie d'un dossier archivé, l'accès au dossier est réalisé par le département d'informations médicales. Un registre de prélèvement des dossiers figure aux archives, permettant de connaître où se trouve le dossier. L'accès au dossier informatisé n'est possible que grâce à un identifiant et un mot de passe selon le profil autorisé, et après signature d'une charte d'accès au système d'information.
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.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur moyenne de 57,5 pour la campagne de recueil 2011. Hôpital local d'Antrain : valeur 65 avec un intervalle de confiance à 95%= [62-68] Hôpital local de Saint Brice en Cogles : valeur 50 avec un intervalle de confiance à 95% = [47-54].
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	L'accès au dossier par les professionnels de l'établissement est soumis à un profil selon les fonctions, au moyen d'un identifiant et mot de passe. L'établissement a mis en place un système informatisé accessible aux correspondants externes depuis les cabinets libéraux et sous réserve de respecter les règles d'accessibilité(identifiant et un mot de passe). Les modalités de communication font l'objet d'un protocole structuré.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation:les éléments du PMSI permettent d'évaluer la gestion du codage des actes des dossiers patient.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Des actions d'amélioration ont été mises en place, et coordonnées par le comité de pilotage qualité et gestion des risques(COPIQ-CGR). Une check-list relative à la constitution des éléments du dossier patient est établie.Les améliorations concernent aussi les escarres avec l'échelle de NORTON, la douleur,le calcul de l'IMC pour la nutrition.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'accès du patient à son dossier est formalisé au moyen d'un protocole structuré, et conforme à la réglementation. Les modalités décrites prennent en compte la spécificité des demandeurs: le patient, un ayant droit en cas de décès, ou une personne détenant l'autorité
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Un dispositif d'information des droits d'accès du patient à son dossier est mis en place. Le livret d'accueil comporte les informations nécessaires. Le livret d'accueil est remis à l'entrée dans les services d'activité.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Peu de demandes de dossiers sont déposées, mais les délais réglementaires sont respectés: 8 jours pour les dossiers récents, inférieurs à deux mois pour les dossiers de plus de cinq ans.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	La faible quantité des demandes et le parfait respect actuel des délais n'engendre pas d'action d'amélioration.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Réunie quatre fois par an, la CRU est régulièrement informée du nombre de demandes d'accès, ainsi que des délais de transmission du dossier. Ces éléments sont repris dans le bilan annuel.

Référence 14: Le dossier du patient

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



Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'accès du patient à son dossier est formalisé au moyen d'un protocole structuré, et conforme à la réglementation. Les modalités décrites prennent en compte la spécificité des demandeurs: le patient, un ayant droit en cas de décès, ou une personne détenant l'autorité
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Un dispositif d'information des droits d'accès du patient à son dossier est mis en place. Le livret d'accueil comporte les informations nécessaires. Le livret d'accueil est remis à l'entrée dans les services d'activité.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	Peu de demandes de dossiers sont déposées, mais les délais réglementaires sont respectés: 8 jours pour les dossiers récents, inférieurs à deux mois pour les dossiers de plus de cinq ans.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	La faible quantité des demandes et le parfait respect actuel des délais n'engendre pas d'action d'amélioration.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	Réunie quatre fois par an, la CRU est régulièrement informée du nombre de demandes d'accès, ainsi que des délais de transmission du dossier. Ces éléments sont repris dans le bilan annuel.

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Court Séjour

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



Cotation

A

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

Un dispositif d'identification est mis en place pour l'ensemble des prises en charge dans l'établissement. Une charte traduisant la politique d'identification du patient, validée par la direction et les instances est formalisée. Une cellule d'identitovigilance est en place . L'établissement a choisi de généraliser le port systématique d'un bracelet d'identification pour l'ensemble des patients, sous réserve de leur acceptation. La gestion des situations particulières (enregistrement secret..) est prise en compte.Des affichages d'information sur les règles et enjeux de l'identitovigilance à destination des patients et des professionnels sont en place dans les secteurs d'activité.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les professionnels de l'accueil administratif sont formés à la prévention des erreurs d'identification. Les professionnels de santé, le département d'information médicale,les secrétaires médicales et les qualitiens ont bénéficié d'une formation sur les bonnes pratiques d'identitovigilance,effectuée par un organisme extérieur. La formation suivait

	Oui	un programme avec des supports ad hoc.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	La procédure de vérification de l'identité est mise en œuvre par les personnels du bureau des entrées. En cas de défaut de pièces d'identité à l'admission, une procédure dégradée est mise en place, sur des documents de couleur reconnaissable, invitant les services au recueil des pièces manquantes auprès des accompagnants.
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	Grâce à la mise en place du bracelet d'identification, les professionnels de santé vérifient l'identité du patient avant tout acte thérapeutique prescrit, respectant la procédure de vérification élaborée avec les secteurs d'activité, et qui décrit parfaitement la conduite à tenir à toutes les étapes de la prise en charge.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	La fiabilité de l'identification du patient repose en premier lieu sur la recherche de dossiers doublons. L'organisation mise en place permet la détection rapide de ces doublons, tant par le bureau des entrées, que par le secteur d'activité. La décision de poser le bracelet d'identification est récente. La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est basée, à ce jour sur la déclaration d'évènements indésirables. Cependant l'établissement n'a pas mis en place un dispositif d'évaluation structuré.

Référence 15: l'identification du patient

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



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
A		
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.	Oui	Un dispositif d'identification est mis en place pour l'ensemble des prises en charge dans l'établissement. Une charte traduisant la politique d'identification du patient, validée par la direction et les instances est formalisée. Une cellule d'identitovigilance est en place . L'établissement a choisi de généraliser le port systématique d'un bracelet d'identification pour l'ensemble des patients, sous réserve de leur acceptation. La gestion des situations particulières (enregistrement secret..) est prise en compte.Des affichages d'information sur les règles et enjeux de l'identitovigilance à destination des patients et des professionnels sont en place dans les secteurs d'activité.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Les professionnels de l'accueil administratif sont formés à la prévention des erreurs d'identification. Les professionnels de santé, le département d'information médicale,les secrétaires médicales et les qualitiiciens ont bénéficié d'une formation sur les bonnes pratiques d'identitovigilance,effectuée par un organisme extérieur(Formavenir). La

	Oui	formation suivait un programme avec des supports ad hoc.
Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	La procédure de vérification de l'identité est mise en œuvre par les personnels du bureau des entrées. En cas de défaut de pièces d'identité à l'admission, une procédure dégradée est mise en place, sur des documents de couleur reconnaissable, invitant les services au recueil des pièces manquantes auprès des accompagnants.
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	Grâce à la mise en place du bracelet d'identification, les professionnels de santé vérifient l'identité du patient avant tout acte thérapeutique prescrit, respectant la procédure de vérification élaborée avec les secteurs d'activité, et qui décrit parfaitement la conduite à tenir à toutes les étapes de la prise en charge.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.	En grande partie	La fiabilité de l'identification du patient repose en premier lieu sur la recherche de dossiers doublons. L'organisation mise en place permet la détection rapide de ces doublons, tant par le bureau des entrées, que par le secteur d'activité. La décision de poser le bracelet d'identification est récente. La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est basée, à ce jour sur la déclaration d'évènements indésirables. Cependant l'établissement n'a pas mis en place un dispositif d'évaluation structuré.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 16: l'accueil du patient

Critère 16.a - Court Séjour Dispositif d'accueil du patient

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Référence 16: l'accueil du patient

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

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

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

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

Critère 17.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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

La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.	En grande partie	
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.	Partiellement	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	

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

Critère 17.b Prise en charge somatique des patients



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

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

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a - Court Séjour

Continuité et coordination de la prise en charge des patients

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis, afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	Oui	
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent 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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	Oui	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis, afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	Oui	
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent 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	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	Oui	

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

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

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

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.b - Soins de suite et/ou de réadaptation

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes démunies

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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



Cotation		
	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients, ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique, sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	
Les éléments, permettant le dépistage des troubles nutritionnels, sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	En grande partie	L'établissement n'est pas assujéti au recueil de l'indicateur "dépistage des troubles nutritionnels" en MCO (moins de 500 séjours). Lors de la visite la traçabilité du dépistage des troubles nutritionnels a presque toujours été retrouvée.

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.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	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 72% pour la campagne de recueil 2011. Hôpital local d'Antrain : valeur 55% avec un intervalle de confiance à 95% = [44%-66%]

	En grande partie	Hôpital local de Saint Brice en cogles : valeur 89% avec un intervalle de confiance à 95% = [81%-96%].
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

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

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

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

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

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

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

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

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a intégré la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse à la politique qualité et gestion des risques. Elle est maintenant validée par les instances et a été réalisée en concertation avec les personnes concernées. Des objectifs sont définis grâce au suivi d'indicateurs. Des procédures sont rédigées notamment sur le risque d'erreurs médicamenteuses. Il en découle des actions d'amélioration. L'informatisation est en place depuis 2007.

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

Oui

L'informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse est opérationnelle depuis décembre 2007, sur l'ensemble de l'établissement.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.

Oui

Le logiciel utilisé intègre des outils d'aide à la prescription, notamment grâce aux adaptations réalisées par le pharmacien et le médecin référent. Des actions de facilitation sont mises régulièrement en place en concertation avec les utilisateurs. Le livret thérapeutique est disponible en version informatique. Des procédures sont

	Oui	également en place, concernant le mode opératoire sur l'administration et la distribution des médicaments, les médicaments fractionnables, et écrasables, la gestion des médicaments personnels et la gestion des médicaments périmés.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	La fiche d'évènement indésirable inclue un encadré concernant le médicament. Le personnel a été sensibilisé à l'utilisation de ces fiches notamment pour signaler une erreur médicamenteuse. L'établissement utilise la méthode REMED (revue des erreurs et de leur iatrogénie liées aux médicaments) pour analyser les erreurs. Un organisme extérieur a dispensé une formation au personnel concerné en 2012 sur la prévention des erreurs médicamenteuses évitables. Le sujet a été abordé lors de la semaine de la sécurité organisée fin 2011.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse est opérationnelle depuis décembre 2007, sur l'ensemble de l'établissement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Le contrat de bon usage des médicaments a été signé avec l'ARS. Des indicateurs d'évaluation sont utilisés, notamment le relevé de la consommation d'antibiotique, la consommation de médicament onéreux, le coût par service, et l'ensemble des données pharmaco économique annuelles.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil des erreurs médicamenteuses est réalisée avec l'utilisation des fiches d'évènements indésirables. Une retro information à lieu auprès des personnes concernées. La méthode REMED permet l'analyse des erreurs médicamenteuses et est utilisée pour chaque déclaration, avec un retour auprès des professionnels concernés.

<p>Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le plan d'action 2012-2013 découle d'une EPP sur le circuit du médicament et a permis de mettre en place une procédure "préparation et administration du médicament (application de l'arrêté du 6 avril 2011), de créer de nouveaux protocoles informatiques d'aides à la prescription, et de réaliser une plaquette d'information sur les médicaments à destination des patients.</p>
---	------------	---

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

L'établissement a intégré la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse à la politique qualité et gestion des risques. Elle est maintenant validée par les instances et a été réalisée en concertation avec les personnes concernées. Des objectifs sont définis grâce au suivi d'indicateurs. Des procédures sont rédigées notamment sur le risque d'erreurs médicamenteuses. Il en découle des actions d'amélioration. L'informatisation est en place depuis 2007.

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

Oui

L'informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse est opérationnelle depuis décembre 2007, sur l'ensemble de l'établissement.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.

Oui

Le logiciel utilisé intègre des outils d'aide à la prescription, notamment grâce aux adaptations réalisées par le pharmacien et le médecin référent. Des actions de facilitation sont mises régulièrement en place en concertation avec les utilisateurs. Le livret thérapeutique est disponible en version informatique. Des procédures sont

	Oui	également en place, concernant le mode opératoire sur l'administration et la distribution des médicaments, les médicaments fractionnables, et écrasables, la gestion des médicaments personnels et la gestion des médicaments périmés.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	La fiche d'évènement indésirable inclut un encadré concernant le médicament. Le personnel a été sensibilisé à l'utilisation de ces fiches notamment pour signaler une erreur médicamenteuse. L'établissement utilise la méthode REMED (revue des erreurs et de leur iatrogénie liées aux médicaments) pour analyser les erreurs. Un organisme extérieur a dispensé une formation au personnel concerné en 2012 sur la prévention des erreurs médicamenteuses évitables. Le sujet a été abordé lors de la semaine de la sécurité organisée fin 2011.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse est opérationnelle depuis décembre 2007, sur l'ensemble de l'établissement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Le contrat de bon usage des médicaments a été signé avec l'ARS. Des indicateurs d'évaluation sont utilisés, notamment le relevé de la consommation d'antibiotique, la consommation de médicament onéreux, le coût par service, et l'ensemble des données pharmaco économique annuelles.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil des erreurs médicamenteuses est réalisé avec l'utilisation des fiches d'évènements indésirables. Une retro information a lieu auprès des personnes concernées. La méthode REMED permet l'analyse des erreurs médicamenteuses et est utilisée pour chaque déclaration, avec un retour auprès des professionnels concernés.

<p>Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le plan d'action 2012-2013 découle d'une EPP sur le circuit du médicament et a permis de mettre en place une procédure "préparation et administration du médicament (application de l'arrêté du 6 avril 2011), de créer de nouveaux protocoles informatiques d'aides à la prescription, et de réaliser une plaquette d'information sur les médicaments à destination des patients.</p>
---	------------	---

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Un support unique de prescription est en place sous forme de dossier patient informatisé. Les règles et supports de prescription sont intégrés au logiciel. L'actualisation est réalisée par le pharmacien et le président de CME, régulièrement tout au long de l'année, afin de faciliter le travail des médecins prescripteurs. Cela intègre la prescription de médicaments à risque. Une procédure de prescription est en place, sous forme informatique, et sous forme papier.

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

Oui

Une procédure a été validée en 2013, concernant l'information du patient sur son traitement. Le traitement personnel du patient est rangé dans une armoire sécurisée, et redonné à sa sortie de l'établissement. Une procédure de gestion des médicaments personnels est en place depuis octobre 2012. Le dossier informatisé décrit les différentes étapes de la prise en charge du patient de son admission, jusqu'à la sortie. Le médecin prescripteur de l'établissement est le plus souvent le médecin traitant du patient, il est donc tenu compte du traitement personnel. En cas de changement de traitement à la sortie, le pharmacien valide la nouvelle

	Oui	prescription.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique est réalisée par le pharmacien pour toutes les prescriptions rédigées dans l'établissement. La délivrance nominative est effective mais sous forme de dotation à la semaine. Une étude a été réalisée, et a démontrée que la mise en place d'une délivrance nonnominative journalière entrainerait un surcoût, dont l'efficacité n'était pas prouvée. L'établissement n'a pas fait ce choix. Les médicaments sont le plus souvent conditionnés de manière unitaire en médecine. La pharmacie se charge de l'acheminement des médicaments vers les services, par le biais d'une équipe de logistique interne à l'établissement. Une procédure décrit la demande urgente de médicament qui intègre l'approvisionnement par une pharmacie de ville. Plusieurs procédures décrivent la distribution, l'administration, et l'utilisation des médicaments, par les professionnels concernés.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles de prescription sont maintenant définies dans une procédure en date du 19 décembre 2012. Cette procédure est à disposition des professionnels dans les services sous forme informatique et sous forme papier. Est inclus dans cette procédure l'administration des médicaments à risque. Le personnel de la pharmacie est formé et dédié à la gestion et au rangement des médicaments y compris ceux à risque.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	L'établissement n'est pas assujetti au recueil de l'indicateur "tenue du dossier patient" en MCO. Les prescriptions sont validées sous forme informatique. Une procédure de prescription est en place depuis mars 2013. Celle-ci comprend la prescription de médicaments à risque, y compris les injectables.

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique est réalisée par le pharmacien pour toutes les prescriptions faites dans l'établissement. Une copie des prescriptions arrive directement à la pharmacie sous forme papier. La délivrance nominative n'est cependant pas journalière, mais hebdomadaire sous forme de dotation en médecine.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	La pharmacie réalise très peu de préparation (pas d'anti cancéreux, ni radiopharmaceutiques, ni pédiatrie). Les quelques préparations effectuées, le sont dans le respect des bonnes pratiques sous contrôle du pharmacien.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les professionnels concernés ont été conviés à la semaine de la sécurité des patients organisé par l'établissement, ou a été abordé l'information sur le bon usage des médicaments. Cette information est réalisée par le médecin ou par l'infirmière, dans les situations le nécessitant. Cependant la traçabilité dans le dossier n'est pas toujours retrouvée.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Le logiciel utilisé, permet une traçabilité en temps réel par l'infirmière qui possède un ordinateur portable sur son chariot de distribution de médicaments. La validation de l'administration est donc retrouvée dans tous les dossiers consultés.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Un audit sur la distribution et l'administration du médicament en médecine a été réalisé le 22 février 2013. Une étude de l'agence nationale d'appui à la performance a également effectué une étude sur le circuit du médicament le 20 février 2013. La périodicité de ces audits n'a cependant pas été définie.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Suite à des réunions régulières avec les médecins prescripteurs, le pharmacien et le médecin référent du logiciel mettent en place des protocoles d'aide à la prescription. Des avis pharmaceutiques sont également envoyés aux prescripteurs. Des réunions sont organisées sur le thème du médicament depuis 2012.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Un support unique de prescription est en place sous forme de dossier patient informatisé. Les règles et supports de prescription sont intégrés au logiciel. L'actualisation est réalisée par le pharmacien et le président de CME, régulièrement tout au long de l'année, afin de faciliter le travail des médecins prescripteurs. Cela intègre la prescription de médicaments à risque. Une procédure de prescription est en place, sous forme informatique, et sous forme papier.

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

Oui

Une procédure a été validée en 2013, concernant l'information du patient sur son traitement. Le traitement personnel du patient est rangé dans une armoire sécurisée, et redonné à sa sortie de l'établissement. Une procédure de gestion des médicaments personnels est en place depuis octobre 2012. Le dossier informatisé décrit les différentes étapes de la prise en charge du patient de son admission, jusqu'à la sortie. Le médecin prescripteur de l'établissement est le plus souvent le médecin traitant du patient, il est donc tenu compte du traitement personnel. En cas de changement de traitement à la sortie, le pharmacien valide la nouvelle

	Oui	prescription.
Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique est réalisée par le pharmacien pour toutes les prescriptions rédigées dans l'établissement. La délivrance nominative est effective mais sous forme de dotation à la semaine. Une étude a été réalisée, et a démontrée que la mise en place d'une délivrance nonnominative journalière entrainerait un surcoût, dont l'efficacité n'était pas prouvée. L'établissement n'a pas fait ce choix. Les médicaments sont le plus souvent conditionnés de manière unitaire en médecine. La pharmacie se charge de l'acheminement des médicaments vers les services, par le biais d'une équipe de logistique interne à l'établissement. Une procédure décrit la demande urgente de médicament qui intègre l'approvisionnement par une pharmacie de ville. Plusieurs procédures décrivent la distribution, l'administration, et l'utilisation des médicaments, par les professionnels concernés.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	Les règles de prescription sont maintenant définies dans une procédure en date du 19 décembre 2012. Cette procédure est à disposition des professionnels dans les services sous forme informatique et sous forme papier. Est inclus dans cette procédure l'administration des médicaments à risque. Le personnel de la pharmacie est formé et dédié à la gestion et au rangement des médicaments y compris ceux à risque.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère "rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "tenue du dossier du patient" et de sa valeur moyenne de 94 % pour la campagne de recueil 2011. Hôpital local d'Antrain : 99% Hôpital local de Saint Brice en Cogles : 89%.

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	L'analyse pharmaceutique est réalisée par le pharmacien pour toutes les prescriptions faites dans l'établissement. Une copie des prescriptions arrive directement à la pharmacie sous forme papier. La délivrance nominative n'est cependant pas journalière, mais hebdomadaire sous forme de dotation en soins de suite.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	La pharmacie réalise très peu de préparation (pas d'anti cancéreux, ni radiopharmaceutiques, ni pédiatrie). Les quelques préparations effectuées, le sont dans le respect des bonnes pratiques sous contrôle du pharmacien.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les professionnels concernés ont été conviés à la semaine de la sécurité des patients organisé par l'établissement, ou a été abordé l'information sur le bon usage des médicaments. Cette information est réalisée par le médecin ou par l'infirmière, dans les situations le nécessitant. Cependant la traçabilité dans le dossier n'est pas toujours retrouvée.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Le logiciel utilisé, permet une traçabilité en temps réel par l'infirmière qui possède un ordinateur portable sur son chariot de distribution de médicaments. La validation de l'administration est donc retrouvée dans tous les dossiers consultés.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Un audit sur la distribution et l'administration du médicament en médecine a été réalisé le 22 février 2013. Une étude de l'agence nationale d'appui à la performance a également effectué une étude sur le circuit du médicament le 20 février 2013. La périodicité de ces audits n'a cependant pas été définie.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Suite à des réunions régulières avec les médecins prescripteurs, le pharmacien et le médecin référent du logiciel mettent en place des protocoles d'aide à la prescription. Des avis pharmaceutiques sont également envoyés aux prescripteurs. Des réunions sont organisées sur le thème du médicament depuis 2012.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

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

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

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

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

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

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

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

Critère 21.a - Court Séjour

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

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

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

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

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

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

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

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.	Oui	

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

Critère 21.b

Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

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

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

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

Critère 22.a - Court Séjour

Demande d'examen et transmission des résultats

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	En grande partie	
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.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

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

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	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.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	En grande partie	

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

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

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

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
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**

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

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

Référence 23: l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage**Critère 23.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Éducation thérapeutique du patient**

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

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

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.	Oui	L'établissement n'est pas soumis au recueil obligatoire pour le court séjour. Le courrier de fin d'hospitalisation est adressé dans les délais (8 jours).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval, est évaluée.	En grande partie	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	

Référence 24: La sortie du patient

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



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

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

Oui

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

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

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

Oui

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Partiellement	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur moyenne de 17,5% pour la campagne de recueil 2011. Hôpital local d'Antrain : valeur 31% avec un intervalle de confiance à 95% = [21%-41%] Hôpital local de Saint Brice en Cogles : valeur 4% [0%-9%].
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval, est évaluée.	En grande partie	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il n'a pas mis en œuvre d'autres modalités d'évaluation
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Non	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

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

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



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

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

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



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

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

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

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

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



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

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audits, 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	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient, est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audits, 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	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient, est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

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

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

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

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

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

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

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.	En grande partie	

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles**Critère 28.b
Pertinence des soins**

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

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

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

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



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

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

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

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

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

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

Éléments de lecture du tableau

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

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

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

Remarque :

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

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

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE