

**RAPPORT DE CERTIFICATION DU  
CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE NAVARRE**

62, Rue de Conches  
27022 EVREUX CEDEX

**Mars 2009**

<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT .....</b>	<b>3</b>
<b>PARTIE 1 - DÉMARCHE QUALITÉ ET CERTIFICATION .....</b>	<b>5</b>
I Historique et organisation de la démarche qualité .....	6
II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation .....	6
III Association des usagers à la procédure de certification .....	11
IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité .....	11
<b>PARTIE 2 - CONSTATATIONS PAR CHAPITRE .....</b>	<b>12</b>
<b>CHAPITRE I - POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT .....</b>	<b>13</b>
<b>CHAPITRE II – RESSOURCES TRANSVERSALES .....</b>	<b>37</b>
A RESSOURCES HUMAINES.....	39
B FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES .....	44
C ORGANISATION DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES .....	49
D QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT .....	64
E SYSTEME D'INFORMATION.....	81
<b>CHAPITRE III – PRISE EN CHARGE DU PATIENT .....</b>	<b>85</b>
<b>Santé Mentale .....</b>	<b>85</b>
A DROITS DU PATIENT.....	86
B PARCOURS DU PATIENT .....	95
<b>CHAPITRE IV – ÉVALUATION ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION .....</b>	<b>150</b>
A PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	152
B LES USAGERS ET LES CORRESPONDANTS EXTERNES .....	170
C POLITIQUES ET MANAGEMENT.....	173
<b>PARTIE 3 - DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE .....</b>	<b>180</b>
<b>INDEX .....</b>	<b>183</b>

**PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT**

Date de la visite de certification : du 22 au 26 Septembre 2008

<b>NOM DE L'ETABLISSEMENT</b>	Centre Hospitalier Spécialisé de Navarre	
<b>SITUATION GEOGRAPHIQUE</b>	<b>Ville : Evreux</b> <b>Département : Eure</b>	<b>Région : Haute Normandie</b>
<b>STATUT</b> (PRIVE-PUBLIC)	Public	
<b>TYPE DE L'ETABLISSEMENT</b> (CHU, CH, CHS, HL, PSPH, ETS PRIVE A BUT LUCRATIF)	CHS	
<b>NOMBRE DE LITS ET PLACES</b> (préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD))	276 lits et 102 places en psychiatrie	
<b>NOMBRE DE SITES</b> (DE L'ES ET LEUR ELOIGNEMENT S'IL Y A LIEU)	24, le plus éloigné étant à 42 km	
<b>ACTIVITES PRINCIPALES</b> (par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante)	Monoactivité Psychiatrie	
<b>ACTIVITES SPECIFIQUES</b> (urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.)	Hospitalisations sous contraintes, hospitalisation des détenus, participation au service d'urgence du Centre hospitalier intercommunal Evreux Seine, addictologie (CSST)	
<b>SECTEURS FAISANT L'OBJET D'UNE RECONNAISSANCE EXTERNE DE LA QUALITE</b>		
<b>COOPERATION AVEC D'AUTRES ETABLISSEMENTS</b> (GCS, SIH, conventions...)	Convention avec le CH de Gisors dans le cadre de la création d'une MAS Partenaire du réseau régional action précarité	
<b>ORIGINE GEOGRAPHIQUE DES PATIENTS</b> (attractivité)	Pour la psychiatrie générale, en hospitalisation, les secteurs de l'établissement, mais également les deux autres secteurs du département, pour l'ambulatoire, les secteurs de l'établissement. Pour la psychiatrie infanto-juvénile, en ambulatoire, l'intersecteur dépendant de l'établissement et le reste du département pour ce qui concerne les adolescents.	

<p><b>Transformations récentes</b> <i>(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</i></p>	<p>Transformation d'un CATTP en HJ au secteur 27G03 Ouverture d'un CATTP au secteur 27G03 Ouverture d'un CATTP au secteur 27I02 sur Louviers Ouverture d'un HJ départemental et d'un CATTP pour adolescents sur Evreux (27I02) Projet de reconstruction de l'hôpital</p>
---	--

# **PARTIE 1 - DÉMARCHE QUALITÉ ET CERTIFICATION**

## I Historique et organisation de la démarche qualité

La démarche qualité est initiée en 1997 avec la mise en place d'un groupe de pilotage pour l'élaboration de protocoles. En 1999, la démarche qualité est prise en compte dans le projet d'établissement et une cellule qualité est constituée en 2001. Plusieurs groupes de travail ont ensuite été mis en place.

La visite d'accréditation a eu lieu en Octobre 2004. Des groupes de travail ont été missionnés pour répondre aux recommandations formulées par le Collège.

Actuellement, la démarche qualité est pilotée par le Groupe Projet Qualité Certification où siègent des membres de l'administration (dont les directeurs), des cadres de soins, des médecins, des représentants des instances et des représentants des usagers. Un département qualité est rattaché à la Direction, deux médecins (dont le président de la CME) et un cadre supérieur de santé sont référents qualité, un attaché d'administration coordonne les actions qualité et une autre attachée d'administration les anime, deux adjoints des cadres, une infirmière hygiéniste et un adjoint administratif, sont en charge respectivement de la qualité et l'évaluation, de la gestion des risques, de l'hygiène et de la gestion documentaire. Les cadres de proximité sont référents qualité-gestion des risques.

Un groupe gestion des risques a été constitué en 2005, composés des correspondants des différents domaines de risques identifiés dans l'établissement.

Des groupes de travail qualité sont mis en place dans différents domaines (management, ressources humaines, organisation de la prise en charge, qualité-gestion des risques).

## II Suivi des décisions de la première procédure d'accréditation

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
Recommandation	Préserver la libre circulation des patients en fonction de leur mode d'hospitalisation	En cours	Des travaux réalisés à l'unité Henri Dunant permettent l'ouverture de cette unité Des travaux sont programmés pour créer un espace sécurisé dans le cadre de l'hospitalisation des détenus Dans le cadre de la réflexion sur l'organisation du nouvel hôpital, une unité sécurisée est prévue afin de favoriser l'ouverture des autres unités.	En cours	De nouvelles unités, précédemment fermées, ont été ouvertes. La réflexion se poursuit dans le cadre des aménagements et des nouvelles constructions. La mise en chambre d'isolement est protocolisée. Les autres situations de restriction de la liberté de circulation (contention, mise en pyjama) demandent à faire l'objet d'une réflexion et d'une formalisation.

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
Recommandation	S'assurer de la traçabilité du recueil du consentement éclairé et de la réflexion bénéfice-risque	Oui	Mise en place d'un groupe pluridisciplinaire et transversal issu du comité de suivi du dossier patient, avec une représentativité médicale renforcée. Travaux réalisés de février 2007 à janvier 2008. il en ressort : La création d'un imprimé « Traçabilité de la réflexion bénéfice-risque » qui permet de tracer les actes risque La modification de 3 imprimés du dossier médical mentionnant la traçabilité de l'information donnée au patient et son consentement La mise à jour du guide par l'ajout d'un chapitre spécifique sur ces notions La notion de bénéfice-risque a été prise en compte dans les travaux menés par les groupes EPP	En cours	L'établissement s'est doté des supports permettant la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque, a identifié des situations nécessitant cette traçabilité et le recueil du consentement éclairé, mais ces supports, dans le dossier du patient, sont encore très peu utilisés
Recommandation	Mettre en place des procédures garantissant l'urgence vitale	Oui	Mise en place d'un groupe pluridisciplinaire et transversal en 2005. Des actions ont été mises en place : - des sacs d'urgences vitales ont été distribués dans l'ensemble des	Oui	Pas de commentaire

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
			<p>unités d'hospitalisation à temps complet et dans les hôpitaux de jour</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'oxygénothérapie est étendue à tous les hôpitaux de jour</li> <li>- 7 oxymètres de pouls ont été répartis sur les unités intra-hospitalières</li> </ul> <p>Pour mener à bien ces actions : Une organisation est mise en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un emplacement spécifique est dédié au matériel d'urgence dans chaque unité, avec mise en place d'une signalétique</li> <li>- Des binômes « cadres de santé/infirmier » sont nommés dans chaque unité équipée de sacs d'urgence en tant que référents.</li> <li>- Un trousseau de clefs « urgence » standardisé est remis aux cadres et aux médecins pour permettre l'accessibilité à tous les locaux.</li> </ul>		

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
			<p>3 protocoles ont été rédigés et diffusés à l'ensemble de l'institution :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- alerte urgence vitale</li> <li>- contrôle après utilisation du matériel d'urgence</li> <li>- contrôles périodiques du matériel d'urgence</li> </ul> <p>Formation :</p> <p>Sur la base de l'arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes d'urgence, le personnel médical et paramédical est formé.</p> <p>Evaluation :</p> <p>La CME a validé le principe de la mise en place d'un comité de suivi.</p>		
Recommandation	Structurer et évaluer l'efficacité des vigilances sanitaires et former les personnels	En cours	<p>Au travers de la mise en place de la gestion des risques, des référents médicaux sont désignés pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La matériovigilance</li> <li>- La pharmacovigilance</li> <li>- L'infectiovigilance</li> </ul> <p>Pour les domaines de vigilances non couverts que sont la</p>	En cours	Matériovigilance, pharmacovigilance et infectiovigilance sont structurées et mises en œuvre, mais leur efficacité n'est pas encore évaluée.

Niveau de décision (Recommandation/ Réserve)	Libellé de la décision	Réponses de l'établissement		Appréciation des experts-visiteurs	
		Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires	Suivi de la décision (Oui/non/en cours)	Commentaires
			toxicovigilance, la biovigilance, l'hémovigilance, la réactovigilance, le CHS a pris contact avec la direction du CHI Eure Seine pour la signature d'une convention.		

### **III Association des usagers à la procédure de certification**

Des représentants des usagers (UNAFAM et UDAF), membres du CA, du CLIN, de la CRUQPC, ou invités à l'occasion de la certification, ont participé aux groupes d'autoévaluation et aux groupes de synthèse. Ils ont participé aux travaux sur les références 2,19, 20, 21, et 43. Ils ont été rencontrés, es qualité, par les experts visiteurs et également lors des rencontres des instances où ils siègent et lors des rencontres avec les groupes de synthèse.

### **IV Interface avec les tutelles en matière de sécurité**

La fiche navette est revenue avec des observations de la MRIICE :

- Sensibilisation aux mesures d'empoussièrement à effectuer régulièrement (risque amiante)
- Travaux de réfection à effectuer en cuisine et amélioration des offices
- Sensibilisation à vigilance accrue (risque Légionelle)
- Assurer une bonne traçabilité (déchets)

## **PARTIE 2 - CONSTATATIONS PAR CHAPITRE**

# CHAPITRE I - POLITIQUE ET QUALITÉ DU MANAGEMENT



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

Référence 1 : Les orientations stratégiques de l'établissement				
Critère	1b : Les orientations stratégiques organisent la complémentarité avec les autres établissements du territoire de santé et la participation aux réseaux de santé.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des domaines de partenariat.	OUI		A	
Formalisation de partenariats (conventions).	OUI			
Participation de l'établissement à un ou des réseaux de santé de son territoire.	OUI			

Référence 1 : Les orientations stratégiques de l'établissement				
Critère	1c : La direction, les instances délibératives et consultatives et les responsables des secteurs d'activité définissent et mettent en œuvre les orientations stratégiques.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Implication effective de la direction, des instances délibératives et consultatives et des responsables (administratifs, techniques, soignants et médicaux) dans la définition et la mise en œuvre des différents volets des orientations stratégiques.	OUI		<b>B</b>	
Diffusion de l'information sur les orientations stratégiques et leur mise en œuvre.	OUI			
Déclinaison des orientations stratégiques sous la forme de projets par secteur d'activité.	EN PARTIE	Des groupes thématiques ont été constitués dans le cadre du projet de nouvel hôpital, en revanche les projets de services ne sont pas élaborés pour l'ensemble des secteurs d'activité. Les projets de pôles seront constitués dès la mise en œuvre des conseils de pôle et la désignation des responsables de pôles. L'établissement prévoit de travailler sur l'articulation entre orientations stratégiques et pilotage des secteurs d'activité.		

Référence 1 : Les orientations stratégiques de l'établissement				
Critère	1d : Les responsables pilotent leurs secteurs d'activité en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Prévision des évolutions des secteurs d'activité.	OUI		<b>B</b>	
Organisation des activités des secteurs, notamment dans le cadre des partenariats définis par l'établissement (organisation des secteurs, outils d'évaluation de la charge de travail, définition des complémentarités, modalités de coordination, de régulation et de délégation, etc.).	EN PARTIE	Des partenariats formalisés existent notamment entre les unités extra et inhospitalières, entre la psychiatrie adulte et la pédo psychiatrie et avec l'administration pénitentiaire. Il n'existe pas d'évaluation de la charge de travail. Les contrats de pôles et la déclinaison des délégations ne sont pas rédigés.		
Choix des actions à mettre en œuvre dans les secteurs (identification du processus décisionnel, organisation de la diffusion des décisions, etc.).	OUI			
Motivation des personnels des secteurs d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.	OUI			
Développement de démarches d'évaluation et d'amélioration des activités.	OUI			

Référence 2 : La place du patient et de son entourage.				
Critère	2a : Le respect des droits du patient est inscrit dans les priorités de l'établissement.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Prise en compte des droits du patient dans les orientations stratégiques, les différents documents institutionnels destinés aux patients (livret d'accueil, formulaires d'admission, etc.) ou relatifs au personnel (projet de service, règlement intérieur, contrat de travail, etc.).	OUI		B	
Organisation visant à la promotion du respect des droits du patient (secteur ou responsable chargé de la clientèle, commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, maison des usagers, affichage de la charte dans les secteurs d'activité, etc.).	EN PARTIE	Il existe une direction chargée des relations avec la clientèle et une Commission des relations avec les usagers. De nombreuses actions sont mises en œuvre en faveur de la promotion du respect des droits du patient. La configuration architecturale, le défaut de disponibilité des lits, l'accueil des patients de deux autres secteurs du département, et un défaut de réponses d'aval ne favorisent pas les conditions d'accueil et de séjour optimales.		
Communication interne et sensibilisation des professionnels au respect des droits des patients.	OUI			
Actions favorisant l'expression du patient et de son entourage.	OUI			

Référence 2 : La place du patient et de son entourage				
Critère	2b : Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des sujets nécessitant une réflexion éthique.	EN PARTIE	Les problèmes soulevés lors de la V1 et relatifs à la libre circulation des patients ont fait l'objet d'une réflexion au sein des services concernés et s'est traduite par la mise en œuvre d'actions d'amélioration (restructurations, ouvertures de services...). Des groupes de réflexion éthique sont ponctuellement constitués, néanmoins cette réflexion n'est pas soutenue par un comité d'éthique, ou par une déclinaison institutionnelle des thèmes à prioriser.	<b>C</b>	
Débats ou réunions d'équipe a posteriori sur les situations vécues posant un problème d'éthique.	OUI			
Sensibilisation des personnels aux questions éthiques.	EN PARTIE	Des sessions de formations sur le thème « éthique et soins infirmiers » ont été proposées. Les recommandations issues des différents groupes de travail ne font pas l'objet d'une sensibilisation des professionnels.		

Référence 2 : La place du patient et de son entourage.				
Critère	2c : La participation des représentants des usagers à la politique d'amélioration des services rendus de l'établissement est organisée.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Participation effective des usagers aux instances et à la vie de l'établissement.	OUI		A	
Participation des usagers aux démarches qualité.	OUI			
Prise en compte de l'avis des usagers dans l'amélioration du service rendu par l'établissement.	OUI			

<b>Référence 3 : La politique des ressources humaines.</b>				
<b>Critère</b>	<b>3a : La politique des ressources humaines est formalisée en cohérence avec la mission et la stratégie de l'établissement.</b>			
<b>Éléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Projet social concerté (ou document équivalent) élaboré en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.	OUI		<b>B</b>	
Connaissance du projet social par les personnels.	EN PARTIE	Le projet social 2006/2010 a fait l'objet d'actions régulières de communication auprès des personnels. L'évaluation de l'atteinte des objectifs n'a pas été menée. L'établissement prévoit un bilan d'étape.		
Responsabilités dans la gestion des ressources humaines identifiées, définies et connues des personnels (au niveau de l'établissement et des secteurs d'activité).	OUI			

Référence 3 : La politique des ressources humaines.				
Critère	3b : Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique d'anticipation qualitative des besoins en personnel.	EN PARTIE	La direction des ressources humaines prévoit la mise en place d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences fin 2008. Cette action s'inscrit dans le cadre d'un appel à projet 2008 pour lequel l'établissement a été retenu. Une approche qualitative a permis d'identifier des besoins en matière de nouveaux métiers et de qualification des personnels.	<b>B</b>	
Politique d'anticipation quantitative des besoins en personnel.	EN PARTIE	La politique d'anticipation quantitative des besoins en personnel est définie. Toutefois, le constat d'un fort taux d'absentéisme conduit la direction à mettre en place un groupe de travail sur ce sujet. Des actions en direction de l'amélioration des conditions de travail et des besoins en remplacement sont d'ores et déjà envisagées.		
Outils et indicateurs de gestion prévisionnelle partagés à court, moyen et long terme.	OUI			

<b>Référence 3 : La politique des ressources humaines.</b>				
<b>Critère</b>	<b>3c : L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines.</b>			
<b>Éléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Évaluation à périodicité définie des conditions de travail et risques professionnels.	OUI		<b>B</b>	
Plan d'amélioration des conditions de travail.	OUI			
Programme concerté de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels.	OUI			
Programme concerté de prévention et de prise en charge des accidents touchant les professionnels (AES, irradiations, etc.).	OUI			
Mise en œuvre de la politique vaccinale.	OUI			
Association des instances (CLIN et CHSCT) et réflexion sur les conditions de travail et les risques professionnels lors des opérations de construction et de réhabilitation.	EN PARTIE	Le CLIN et le CHSCT ne sont pas systématiquement consultés lors des opérations de construction et de réhabilitation		

Référence 3 : La politique des ressources humaines.				
Critère	3d : La politique des ressources humaines favorise la motivation des personnels.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Actions institutionnelles favorisant l'adhésion et la participation des personnels (programme d'intégration, communication, etc.).	EN PARTIE	Des actions sont menées en vue de favoriser l'adhésion et la motivation des personnels (journées d'intégration, accueil des stagiaires, tutorat...). En revanche, la politique de communication n'est pas définie et la dernière enquête de satisfaction des personnels remonte à 2005.	B	
Actions conduites favorisant la motivation des personnels (intéressement, formation, promotion, gestion des carrières, conditions de travail, etc.).	OUI			

<b>Référence 3 : La politique des ressources humaines.</b>				
<b>Critère</b>	<b>3e : Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Consultation des instances représentatives des personnels, à périodicité définie, sur les questions relevant de leur compétence, dans le respect de la réglementation.	OUI		<b>B</b>	
Commissions ou groupes de travail des instances.	OUI			
Autres modalités prévues pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels.	OUI			
Suivi des thématiques abordées dans les instances et/ou avec les partenaires sociaux.	EN PARTIE	Des groupes de travail thématiques issus des instances fonctionnent, toutefois les représentants des personnels font état d'une concertation insuffisante.		

Référence 4 : La politique du système d'information et du dossier du patient.				
Critère	4a : La politique du système d'information est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Prise en compte dans le schéma directeur du système d'information (SI), des orientations stratégiques de l'établissement.	EN PARTIE	Le schéma directeur du système d'information n'est pas réalisé ; toutefois un état des lieux du système d'information a été réalisé en juin 2008.	<b>C</b>	Une convention a été signée avec le CHIES fixant les bases à une coopération logistique et technique. Des groupes de travail sont constitués afin d'élaborer le schéma directeur du système d'information.
Connaissance et prise en compte des besoins des utilisateurs dans les projets du SI.	OUI			
Projets du SI définis, hiérarchisés et structurés en fonction des processus à optimiser et en recherchant l'adhésion des professionnels concernés.	NON	La démarche est à l'état de diagnostic. Les projets du SI ne sont pas définis, hiérarchisés et structurés. Les professionnels n'ont pas été associés.		

<b>Référence 4 : La politique du système d'information et du dossier du patient.</b>				
<b>Critère</b>	<b>4b : Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.</b>			
<b>Éléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Politique formalisée du dossier du patient.	OUI		<b>A</b>	
Association des différents professionnels et instances à l'élaboration de la politique du dossier du patient.	OUI			
Politique du dossier du patient favorisant la confidentialité, la fiabilité, l'accessibilité, la sécurité et le stockage des informations ainsi que la coordination des professionnels et des secteurs d'activité.	OUI			
Règles de constitution, de tenue, de communication et de conservation du dossier du patient.	OUI			

Référence 5 : La politique de communication.				
Critère	5a : La direction et les responsables développent une politique de communication interne.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique de communication interne formalisée.	EN PARTIE	Des actions ponctuelles ont été réalisées, elles ne s'inscrivent pas dans une politique de communication formalisée. En revanche, une attachée d'administration sera affectée dès le mois de novembre 2008 à la direction générale avec la mission de définir et mettre en œuvre la politique de communication.	<b>C</b>	L'établissement prévoit le recrutement d'une attachée d'administration hospitalière chargée de la communication
Détermination des moyens de la politique de communication interne.	EN PARTIE	Les moyens financiers dédiés à la politique de communication ne sont pas définis. Toutefois des actions ponctuelles de communication sont financées : élaboration de plaquettes, journal interne, livret d'accueil des patients.		
Identification des responsables chargés de sa mise en œuvre.	EN PARTIE	Le recrutement d'une responsable de la communication est prévu pour novembre 2008.		
Supports de communication témoignant de cette politique.	EN PARTIE	L'établissement a développé des supports de communication divers : lettre d'information, borne de gestion, journées d'intégration, plaquettes d'information, Internet, Intranet. Ceux-ci sont ponctuels, ils ne font pas suite à une analyse des besoins et ne s'inscrivent pas dans le cadre d'une politique de communication.		

Référence 5 : La politique de communication.				
Critère	5b : La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique de communication externe formalisée.	EN PARTIE	La politique de communication externe n'est pas définie, il existe cependant des actions ponctuelles telles que parutions dans les annuaires, site Internet, diffusion du journal interne, relations avec la presse locale.	C	L'établissement prévoit le recrutement d'une attachée d'administration hospitalière chargée de la communication
Détermination des moyens de la politique de communication externe.	EN PARTIE	Les moyens dédiés à la communication ne sont pas définis. Les actions de communication externe sont peu développées.		
Identification des responsables chargés de sa mise en œuvre.	EN PARTIE	Les responsables identifiés pour la détermination des actions de communication sont le directeur, le Président de la CME et le président du CA.		
Supports de communication témoignant de cette politique.	EN PARTIE	Quelques supports sont mis en place pour assurer la communication externe: parutions dans les annuaires, site Internet, diffusion du journal interne à certains partenaires.		

Référence 6 : La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.				
Critère	6a : La direction et les instances définissent les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique formalisée d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.	OUI		A	
Implication de la direction, des instances et des professionnels de l'établissement dans la définition de cette politique.	OUI			
Identification des responsables et définition de leurs missions (désignation, fiches de poste, coordination, etc.).	OUI			

<b>Référence 6 : La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.</b>				
<b>Critère</b>	<b>6b : L'établissement définit et met en œuvre une politique d'évaluation des pratiques professionnelles en cohérence avec la politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.</b>			
<b>Éléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Définition par la direction et les instances (en particulier la CME) de la politique d'EPP dans le cadre de la politique qualité et gestion des risques.	OUI		<b>B</b>	
Déclinaison de cette politique d'évaluation, selon les établissements, au niveau des projets de pôles ou de secteurs d'activité.	NON	La politique d'évaluation des pratiques est définie, elle n'est pas à ce jour déclinée au niveau des secteurs d'activité.		
Promotion par la direction et les instances, du développement de l'EPP (formation, mise à disposition de moyens, etc.).	OUI			
Suivi régulier par les instances du développement des programmes et des actions d'EPP.	OUI			

Référence 7 : La politique d'optimisation des ressources et des moyens.				
Critère 7a : L'établissement met en œuvre un dispositif permettant la maîtrise des coûts.				
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif de contrôle de gestion permettant de connaître les coûts par activité et par pôle ou secteur d'activité.	EN PARTIE	L'établissement vient de finaliser un chantier de déploiement « comptabilité analytique » Ce travail pluriprofessionnel a permis la réalisation de tableaux de bord dédiés au suivi de l'activité médicale. Des indicateurs d'activité de pôle, des indicateurs financiers et de ressources humaines sont communiqués aux chefs de services et cadres par l'intermédiaire de tableaux de bord de pilotage. Enfin, un important travail de mise à plat des affectations a également été réalisé. Des revues de gestion composées des chefs de services, des cadres supérieurs et de la direction sont organisées.	<b>B</b>	
Définition des responsabilités dans ce domaine.	OUI			
Communication des objectifs aux responsables des pôles ou secteurs d'activité.	OUI			
Élaboration et diffusion de tableaux de bord par pôle ou secteur d'activité.	OUI			

Analyse des données en fonction des objectifs et réajustement pour la maîtrise des coûts.	EN PARTIE	L'analyse des données en fonction des objectifs est partielle. Elle concerne essentiellement l'analyse de l'activité médicale.		
---	-----------	--	--	--

Référence 7 : La politique d'optimisation des ressources et des moyens.				
Critère	7b : La politique d'investissement est optimisée.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Plan d'investissement annuel et pluriannuel défini et actualisé en cohérence avec les orientations stratégiques ou projet d'établissement.	OUI		<b>B</b>	
Suivi et réajustement des réalisations selon les objectifs.	OUI			
Politique d'investissement visant à la mutualisation des équipements.	EN PARTIE	La politique d'investissement vise à mutualiser les équipements. Un CGS a été constitué en juin 2006 avec le CHIES et le PSPH de la Musse afin de mutualiser la fonction restauration. Une convention de coopération informatique a été passée avec le CHIES en juin 2007. L'établissement prévoit de renforcer la politique de coopération au niveau du département de l'Eure.		

**Actions remarquées par les experts-visiteurs concernant le chapitre I**

<b>Intitulé de l'action</b>	<b>Objectif</b>	<b>Résultat</b>

## **CHAPITRE II – RESSOURCES TRANSVERSALES**



**A RESSOURCES HUMAINES**

Référence 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines.				
Critère	8a : Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique de recrutement en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement.	OUI		<b>B</b>	
Identification des responsabilités des différents acteurs.	OUI			
Mise en œuvre de procédures de recrutement.	OUI			
Utilisation de fiches et profils de poste.	EN PARTIE	Les fiches et profils de poste sont progressivement rédigés. Lors de tout nouveau recrutement, la rédaction d'un profil de poste est systématiquement réalisée.		

Référence 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines.				
Critère	8b : L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON,NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif d'accueil des personnels (livret d'accueil du personnel, visite de l'établissement, etc.).	OUI		A	
Dispositif d'intégration des personnels (programme d'intégration commun ou spécifique, tutorat, etc.).	OUI			
Suivi de ces dispositifs et réajustement, si nécessaire.	OUI			

Référence 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines.				
Critère	8c : La formation continue contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des professionnels.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Plan de formation, s'appuyant sur quatre axes : orientations stratégiques de l'établissement, orientations des secteurs d'activité, besoins individuels, formations promotionnelles.	OUI		<b>B</b>	
Association des acteurs à l'élaboration du plan de formation.	OUI			
Mise en œuvre maîtrisée : recueil des besoins, critères de priorisation, politique de choix et d'achat de formations, etc.	OUI			
Évaluation des dispositifs pédagogiques et de l'impact en termes de compétence.	EN PARTIE	Une évaluation systématique est réalisée à l'issue de chaque formation. L'analyse des questionnaires est portée à la connaissance des professionnels. L'impact en termes d'amélioration des compétences et de plus value pour l'établissement n'est pas systématiquement mesuré.		

Référence 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines.				
Critère	8d : L'évaluation des personnels est mise en œuvre.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des qualifications et des compétences requises pour l'exercice professionnel.	OUI		A	
Dispositif d'évaluation régulière des compétences professionnelles, y compris médicales, dans tous les secteurs.	OUI			
Connexion avec la notation dans le public ou politique promotionnelle et d'intéressement dans le privé.	OUI			

Référence 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines.				
Critère	8e : La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Disponibilité du dossier : procédures de constitution, mise à jour, accessibilité en temps réel, etc.	OUI		A	
Intégrité du dossier : procédures garantissant la fiabilité et l'exhaustivité, existence d'un système de contrôle, etc.	OUI			
Confidentialité du dossier : procédures d'habilitation, formation du personnel, etc.	OUI			
Sécurité du dossier : conditions de conservation et d'archivage, etc.	OUI			
Appropriation des règles par les professionnels en charge de la gestion du personnel.	OUI			

**B FONCTIONS HÔTELIÈRES ET LOGISTIQUES**

Référence 9 : L'organisation et la maîtrise de la qualité des fonctions hôtelières et logistiques.				
Critère	9a : Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en restauration.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Certification externe ou démarche qualité, en cuisine centrale ou chez le prestataire extérieur, sur l'ensemble du circuit allant de la réception des marchandises à la distribution des repas au patient : <ul style="list-style-type: none"> <li>- démarche HACCP ;</li> <li>- procédures décrivant toutes les étapes de la distribution ;</li> <li>- respect des règles d'hygiène par les personnels chargés de la restauration (entretien des locaux, tenue vestimentaire, hygiène des mains, etc.) ;</li> <li>- réalisation d'audits internes.</li> </ul>	En partie	La démarche HACCP est effective en cuisine centrale, le personnel de ce service dispose des procédures en la matière et la traçabilité des actes est constatée. Un audit a été réalisé par la Direction des services vétérinaires en Février 2007. Par ailleurs, les règles de la méthode sont inégalement respectées par les professionnels des services de soins, leurs pratiques quotidiennes ne font pas toujours l'objet d'une vigilance quant à l'hygiène de leur tenue vestimentaire et la traçabilité des relevés de température des frigidaires est aléatoire d'autant que certains appareils ne sont pas équipés de thermomètre. Les supports navette de traçabilité de la part des services de soins mis en place par le service restauration sont insuffisamment renseignés.	C	

Appréciation positive des services vétérinaires ou prise en compte de leurs recommandations.	En partie	Suite à l'audit réalisé par la direction des services vétérinaires en Février 2007, la préconisation de remise aux normes des offices au sein des unités de soins fait actuellement l'objet d'une programmation de travaux prévus pour 2009 comme indiqué dans la fiche navette « Bilan de contrôle concernant la sécurité sanitaire ».		
Mesures prises pour les patients à risque (aplasie médullaire, biberonnerie, etc.).	Oui			
Interfaces organisées avec les secteurs d'activité utilisateurs permettant de répondre aux attentes des patients.	Oui			

Référence 9 : L'organisation et la maîtrise de la qualité des fonctions hôtelières et logistiques.				
Critère	9b : Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en blanchisserie et dans le circuit de traitement du linge.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
<p>Certification externe ou démarche d'assurance qualité (procédures, formation des professionnels, audits, démarche d'analyse des risques de contamination microbiologiques (RABC) que le traitement du linge soit effectué en interne ou externalisé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- protocoles sur le tri du linge (circuit propre-sale, tenue du personnel, lavage des mains, etc.) ;</li> <li>- protocoles sur le circuit du linge (séparation propre-sale, ascenseur séparé, local spécial dans les secteurs d'activité, etc.) ;</li> <li>- contrôle du traitement du linge (production, lingerie) à périodicité définie, avec communication des résultats.</li> </ul>	En partie	<p>La méthode RABC est mise en place depuis 2004, des protocoles spécifiques existent et sont mis à disposition des professionnels concernés par le tri, le traitement et le circuit du linge. Des contrôles de traitement et de gestion du linge sont effectués.</p> <p>Les pratiques constatées quant à la gestion du circuit linge font apparaître des dysfonctionnements concernant notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la présence de bagages patients dans le local dédié au chariot de linge sale.</li> <li>- le dépôt à même le sol dans les couloirs ou ascenseurs de sacs de linge sale avant d'être déposés dans un container.</li> <li>- l'installation permanente à l'extérieur des unités de soins, certes sous les galeries, de containers utilisés pour le transport des sacs de linge sale dont le contenu est accessible avant l'enlèvement par les services techniques.</li> </ul>	C	<p>L'établissement a fait preuve de réactivité durant la visite pour améliorer l'un des constats.</p> <p>Un audit interne de bonne application de la méthode RABC est programmé pour le dernier trimestre 2008.</p>
Mesures prises pour les patients à risque.	Oui			
Interfaces organisées avec les secteurs d'activité utilisateurs.	En partie	Les interfaces font l'objet de protocoles dont la mise en application n'est pas toujours respectée et ne fait pas encore l'objet d'évaluation structurée.		

Référence 9 : L'organisation et la maîtrise de la qualité des fonctions hôtelières et logistiques.				
Critère	9c : La continuité des soins, la dignité, la confidentialité, l'hygiène et la sécurité sont assurées à l'occasion du transport du patient.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation de la fonction transport (interne et externe).	Oui		A	
Dispositif de coordination de la fonction transport avec les secteurs d'activité.	Oui			
Respect des droits des patients (dignité, confidentialité des informations, etc.).	Oui			
Respect des règles d'hygiène et de sécurité.	Oui			
Formation adaptée des professionnels dédiés au transport.	Oui			

Référence 9 : L'organisation et la maîtrise de la qualité des fonctions hôtelières et logistiques				
Critère	9d : Les approvisionnements des secteurs d'activité sont assurés.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil des besoins selon un calendrier établi (prise en compte du développement de l'activité et des normes de sécurité).	Oui		A	
Association des personnels utilisateurs aux achats les concernant.	Oui			
Procédures d'approvisionnement à périodicité définie (commande, réception, relance et gestion des stocks).	Oui			
Procédure d'approvisionnement pour les cas d'urgence.	Oui			

## C ORGANISATION DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES

Référence 10 : Le management de la qualité.				
Critère	10a : L'écoute des patients est organisée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation de l'écoute du patient (recueil et analyse des besoins et attentes, dispositif d'écoute spécifique, mise en œuvre de la CRU, etc.).	En partie	L'établissement est organisé pour recueillir et analyser les besoins et attentes des patients en hospitalisation complète, les éléments d'information spécifiques sont communiqués à la CRU. Il n'existe pas à ce jour d'évaluation de la satisfaction des personnes accueillies en ambulatoire.	B	
Responsables identifiés et missions définies.	Oui			
Communication sur le dispositif mis en œuvre à destination des patients et des acteurs de l'établissement (informations sur le livret d'accueil, affiches, etc.).	Oui			
Réponses apportées aux attentes des patients.	Oui			

Référence 10 : Le management de la qualité.				
Critère	10b : Le programme d'amélioration continue de la qualité est formalisé, comporte des objectifs précis et inclut les résultats issus des différentes formes d'évaluation.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Programme d'amélioration continue de la qualité formalisé.	Oui		B	
Objectifs déterminés en cohérence avec la politique qualité et les résultats des évaluations internes et externes.	Oui			
Méthodes, actions, indicateurs et échéancier définis pour la mise en œuvre et le suivi du programme.	Oui			
Communication sur le programme et ses objectifs.	En partie	Des actions de communication relatives au premier PAQ (2004 -2008) ont été réalisées auprès des responsables de secteurs d'activité, complétées d'une lettre qualité (Décembre 2004) diffusée à l'ensemble des personnels. Les informations évolutives du programme initial (programme annuel) et des objectifs, font l'objet de communication assez succincte, sous forme de lettre qualité le plus souvent.		

Référence 10 : Le management de la qualité.				
Critère	10c : La formation des professionnels à la qualité est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil des besoins en formation qualité (adéquation des axes de formation au programme qualité).	Oui		A	
Plan de formation à la qualité (professionnels concernés, caractère obligatoire de la formation, fréquence, contenu des formations, etc.).	Oui			
Mise en œuvre des formations.	Oui			

Référence 10 : Le management de la qualité.				
Critère	10d : Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation pour le déploiement des démarches qualité dans les secteurs d'activité (plans d'actions par secteur, référents qualité, etc.).	En partie	L'organisation du déploiement des démarches qualité s'appuie essentiellement sur les missions de l'encadrement de l'établissement ayant entre autres le rôle de référent en la matière. Le dispositif mis en place ne fait cependant pas l'objet de véritable plan d'action par secteur. Par ailleurs les démarches concernant l'hygiène hospitalière et les protocoles relevant de la responsabilité du CLIN sont accompagnées par l'infirmière hygiéniste en poste depuis fin 2007.	C	
Accompagnement méthodologique des acteurs des secteurs d'activité à la démarche qualité et aux outils qualité.	En partie	Une démarche d'accompagnement a été réalisée en termes d'acquisition des méthodes et des outils pour initialiser la dynamique qualité et pour la mise en place de commissions, comités ou groupes de travail. En revanche, l'accompagnement des outils mis à disposition des professionnels au sein des secteurs d'activité reste à développer.		
Mise en œuvre de démarches qualité dans les différents secteurs.	En partie	Malgré les démarches entreprises au sein de l'établissement et l'élaboration de divers documents en termes de protocoles et procédures, la mise en œuvre au sein des secteurs d'activité est actuellement partielle et hétérogène.		

Participation des professionnels aux actions conduites.	En partie	La participation de professionnels au sein des groupes constitués ou dans les actions transversales est constatée lors de la visite, cette implication est inégalement développée au sein des secteurs d'activité notamment pour la mise en application des protocoles et procédures existants.		
---	-----------	---	--	--

Référence 10 : Le management de la qualité.				
Critère	10e : La gestion documentaire est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif de gestion documentaire.	Oui		A	
Connaissance par les professionnels du dispositif.	Oui			
Accessibilité aux documents.	Oui			

Référence 11 : La gestion des risques.				
Critère	11a : L'établissement recense et utilise toutes les sources d'information dont il dispose concernant les risques.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation du recensement des informations sur les risques.	Oui		B	
Responsabilités définies pour le recensement des informations.	Oui			
Veille réglementaire relative à la sécurité.	En partie	L'organisation de la veille réglementaire relative à la sécurité fait actuellement apparaître la nécessité d'une réflexion en termes de structuration, de coordination et de centralisation des informations.		

Référence 11 : La gestion des risques.				
Critère	11b : La gestion des risques est organisée et coordonnée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Structure de coordination des risques (COVIRIS, cellule de gestion des risques ou équivalent, etc.).	Oui		C	Après avoir structuré la gestion des risques avec la mise en place d'un groupe spécifique, l'établissement est actuellement dans une phase d'identification et de cartographie de l'ensemble des risques et pour projet d'élaborer un programme pluriannuel.
Responsabilités définies sur les domaines de risques (référents, vigilants, etc.).	Oui			
Démarche structurée d'identification et d'analyse des risques <i>a priori</i> (secteurs à risque, risques professionnels, etc.).	En partie	La démarche entreprise jusqu'à ce jour a permis de procéder à l'identification et à l'analyse des risques à priori dans le cadre de l'élaboration du document unique relatif aux risques professionnels. Les travaux du comité de gestion des risques sont actuellement à l'état de projet de continuité pour compléter l'identification des autres risques et des secteurs concernés en vue d'élaborer une cartographie de l'ensemble des risques.		
Démarche structurée d'identification, de signalement et d'analyse des incidents et accidents survenus.	Oui			
Définition d'un programme global de gestion des risques.	En partie	Le programme actuel de gestion des risques concerne essentiellement les risques professionnels.		

Référence 11 : La gestion des risques.				
Critère	11c : Les résultats issus des analyses de risques permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Hiérarchisation des risques (outils, grille de criticité, etc.).	En partie	La méthode et les outils de hiérarchisation des risques ont été utilisés dans le cadre du document unique relatif aux risques professionnels, cette démarche reste à poursuivre pour hiérarchiser les autres risques.	B	
Formalisation des conduites à tenir en cas d'incident ou accident.	Oui			
Mise en œuvre d'actions de réduction des risques.	Oui			
Association des instances et professionnels à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme d'actions de réduction des risques.	Oui			

Référence 11 : La gestion des risques.				
Critère	11d : La gestion d'une éventuelle crise est organisée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification d'une cellule de crise (responsables, rôles, etc.).	Oui		A	
Définition des circuits d'alerte.	Oui			
Information des professionnels.	Oui			

Référence 11 : La gestion des risques.				
Critère	11e : L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Plan blanc formalisé et actualisé.	Oui		B	
Plans spécifiques sur les risques exceptionnels pour lesquels l'établissement est concerné.	Oui			
Formation des professionnels.	Oui			
Exercices de simulation.	En partie	A ce jour, l'établissement n'a pas réalisé d'exercice de simulation. L'organisation est cependant établie.		
Modalités de communication interne et externe.	Oui			

Référence 12 : Le dispositif de veille sanitaire.				
Critère	12a : La traçabilité des produits de santé est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des produits de santé à tracer.	Oui		B	
Définition des responsabilités des différents professionnels.	Oui			
Information des professionnels.	Oui			
Mise en œuvre de la traçabilité.	En partie	La mise en œuvre de la traçabilité des produits de santé est très hétérogène. L'établissement est actuellement dans une démarche en cours d'élaboration et de validation d'un support visant à améliorer ce constat.		

Référence 12 : Le dispositif de veille sanitaire.				
Critère	12b : Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation pour répondre à une alerte sanitaire descendante (responsabilités définies, réception, transmission, décision, mise en œuvre).	Oui		B	
Organisation pour procéder à une alerte sanitaire ascendante (responsabilités définies, déclaration, analyse, information, etc.).	Oui			
Permanence du dispositif (24 heures/24).	En partie	L'organisation actuelle ne permet de répondre que partiellement à cette exigence, il n'existe pas de relais systématique dans les horaires de nuit ou de week-end et jours fériés.		
Connaissance par les professionnels de l'organisation mise en place.	Oui			

Référence 12 : Le dispositif de veille sanitaire.				
Critère	12c : La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Coordination des vigilances assurée.	En partie	La coordination est effective pour la pharmacovigilance, la matériovigilance et l'infectiovigilance. L'établissement est actuellement en projet de convention avec le CHI concernant l'hémovigilance et la désignation d'un référent de radioprotection. L'identitovigilance fait actuellement l'objet d'une organisation qui reste à officialiser.	C	L'établissement est actuellement dans une démarche progressive d'élaboration du programme global de gestion des risques, avec l'objectif d'un programme pluriannuel.
Intégration des vigilances dans le programme global de gestion des risques.	En partie	Le programme actuel de gestion des risques concerne essentiellement les risques professionnels. Les aspects relevant des vigilances ne font pas encore l'objet d'une programmation structurée.		
Partage de l'information et des méthodes.	Oui			

Référence 12 : Le dispositif de veille sanitaire.				
Critère	12d : Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilances.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Diffusion des informations provenant des structures nationales et régionales.	Oui		A	
Retour d'information aux structures régionales ou nationales.	Oui			
Participation des vigilants de l'établissement aux activités des structures régionales et nationales.	Oui			

**D QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT**

Référence 13 : Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux.				
Critère	13a : Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des patients et des activités à risque infectieux.	En partie	Les pratiques d'identification des patients et des activités à risque infectieux existent mais ne sont pas uniformisées.	B	
Définition d'un programme de surveillance avec une stratégie particulière dans les secteurs à haut risque (secteurs interventionnels, réanimation, néonatalogie, etc.).	Oui			
Mise en œuvre du programme.	Oui			
Suivi du programme.	Oui			

Référence 13 : Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux.				
Critère	13b : Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la prévention et la maîtrise du risque infectieux.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Protocoles et procédures de maîtrise du risque infectieux actualisés et validés par le CLIN.	Oui		B	
Diffusion des protocoles et procédures.	Oui			
Mise en œuvre des précautions standard d'hygiène.	Oui			
Mise en œuvre des précautions liées à des situations particulières.	Oui			
Formation régulière à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux de tous les professionnels (nouveaux arrivants, personnels temporaires et permanents.).	Oui			
Suivi de l'utilisation des protocoles et procédures.	En partie	Le suivi de l'utilisation des protocoles et procédures existe mais ne s'inscrit pas encore dans une culture d'évaluation.		
Association du CLIN et de l'EOH à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux.	Oui			

Référence 13 : Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux.				
Critère	13c : Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Définition et mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques de prescription des antibiotiques (réflexion collective au sein de l'établissement, COMEDIMS ou équivalent, etc.).	Oui		A	
Définition et mise en œuvre des règles de bonnes pratiques d'antibioprophylaxie.	Oui			
Suivi de la consommation.	Oui			
Surveillance de la résistance aux antibiotiques.	Oui			
Information des professionnels.	Oui			

Référence 13 : Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux.				
Critère	13d : Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif de signalement (responsable du signalement, processus défini, etc.).	Oui		A	
Formation et information de tous les professionnels et des instances par le CLIN et les responsables d'hygiène, sur les dispositions relatives au signalement des infections nosocomiales.	Oui			
Historique et analyse des signalements.	Oui			

Référence 13 : Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux.				
Critère	13e : Un dispositif permettant l'alerte, l'identification et la gestion d'un phénomène épidémique est en place.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification préalable des événements anormaux pouvant entraîner une alerte.	Oui		B	
Définition d'un circuit d'alerte.	En partie	Le circuit d'alerte existant dans les pratiques n'est pas formalisé.		
Enquête en cas d'épidémie.	Oui			
Communication au personnel des mesures déterminées par le CLIN.	Oui			
Information des patients.	Oui			
Mesures de prévention et de gestion communes en cas d'épidémie.	Oui			

<b>Référence 14 : La gestion des risques liés aux dispositifs médicaux.</b>				
<b>Critère</b>	<b>14a : Le prétraitement et la désinfection des dispositifs médicaux non autoclavables font l'objet de dispositions connues et appliquées par les professionnels concernés.</b>			
<b>Éléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Protocoles de prétraitement et de désinfection des dispositifs médicaux, validés par le CLIN.	Oui		B	
Formation des professionnels concernés au prétraitement et à la désinfection des dispositifs médicaux.	Oui			
Traçabilité du prétraitement et de la désinfection des dispositifs médicaux.	En partie	La traçabilité n'est pas systématique.		

Référence 14 : La gestion des risques liés aux dispositifs médicaux.				
Critère	14b : Une organisation permettant d'assurer la qualité de la stérilisation est en place.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Certification externe ou démarche d'assurance qualité en stérilisation connue des professionnels. - mise en œuvre de protocoles et de procédures ; - formation régulière du personnel concerné.	Oui		A	
Prise en compte des avis et recommandations des services d'inspection.	Oui			
Interfaces organisées avec les secteurs d'activité utilisateurs.	Oui			

<b>Référence 14 : La gestion des risques liés aux dispositifs médicaux.</b>				
<b>Critère</b>	<b>14c : La maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est assurée.</b>			
<b>Éléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Politique générale de maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux.	En partie	La maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux s'exerce essentiellement selon les besoins et au cas par cas, la politique en la matière n'est pas clairement formalisée.	B	
Organisation définie et mise en œuvre.	En partie	Les organisations existantes ne sont pas toujours formalisées.		
Procédures d'entretien, de remplacement et de réparation en urgence.	Oui			
Formation et information régulières du personnel utilisateur.	Oui			
Système de signalement des dysfonctionnements.	Oui			

Référence 15 : La gestion des risques liés à l'environnement.				
Critère	15a : L'hygiène des locaux est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des zones à risque.	Oui		B	
Nettoyage adapté des locaux (procédures, traçabilité, etc.).	En partie	Il existe des protocoles et procédures en la matière mais la traçabilité des actes reste une pratique peu développée dans les services de soins.		
Formation du personnel d'entretien et de nettoyage.	Oui			
Contrôles périodiques organisés en concertation avec le CLIN et réajustements si nécessaire.	Oui			

<b>Référence 15 : La gestion des risques liés à l'environnement.</b>				
<b>Critère</b>	<b>15b : La maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations.</b>			
<b>Éléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Protocoles et procédures de maintenance et de contrôle de la qualité de l'eau.	Oui		A	
Respect des normes de sécurité pour garantir la qualité de l'eau dans ses différentes utilisations.	Oui			
Contrôles périodiques adaptés aux différentes utilisations de l'eau, notamment dans les secteurs à risque.	Oui			
Recueil et analyse des dysfonctionnements.	Oui			
Actions d'amélioration.	Oui			

<b>Référence 15 : La gestion des risques liés à l'environnement.</b>				
<b>Critère</b>	<b>15c : La maintenance et le contrôle de la qualité de l'air sont adaptés aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées.</b>			
<b>Éléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Protocoles et procédures de maintenance et de contrôle de la qualité de l'air.	Oui		A	
Respect des normes de sécurité pour garantir la qualité de l'air dans ses différentes utilisations.	Oui			
Contrôles périodiques adaptés aux différentes utilisations de l'air, notamment dans les secteurs à risque.	Oui			
Recueil et analyse des dysfonctionnements.	Oui			
Actions d'amélioration.	Oui			

Référence 15 : La gestion des risques liés à l'environnement.				
Critère		15d : L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est assurée.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation de l'élimination des déchets (classification des déchets, protocoles de tri, collecte, transport, stockage, traitement, etc.).	En partie	L'élimination des déchets est organisée et les circuits sont identifiés, toutefois la traçabilité des dates de mise en service et de fermeture des containers destinés aux déchets à risque est à généraliser. Les pratiques et la vigilance des professionnelles sont variables quant à l'utilisation des contenants dont la capacité n'est pas toujours en rapport avec la quantité des déchets de soins produits ou l'utilisation de ces mêmes contenants pour des déchets autres.	B	
Formation et sensibilisation des professionnels.	Oui			
Mesures de protection du personnel (déclaration d'accident, matériel sécurisé, etc.).	Oui			
Recueil et analyse des dysfonctionnements.	Oui			
Actions d'amélioration.	Oui			

Référence 16 : La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements.				
Critère	16a : La sécurité des bâtiments, des installations et des équipements fait l'objet d'un suivi.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des responsables.	Oui		A	
Programme de contrôle (contrôles internes et externes, à périodicité définie).	Oui			
Mise en œuvre et suivi des recommandations consécutives aux contrôles externes.	Oui			
Recueil et analyse des dysfonctionnements (panne d'un équipement, absence de fermeture du bâtiment, etc.).	Oui			
Actions d'amélioration.	Oui			

Référence 16 : La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements.				
Critère		16b : La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des responsables.	Oui		B	
Programme de contrôle (contrôles internes et externes, à périodicité définie).	Oui			
Mise en œuvre et suivi des recommandations consécutives aux contrôles externes.	Oui			
Formations actualisées, à périodicité définie, de l'ensemble des personnels.	Oui			
Exercices réguliers de simulation.	Oui			
Appropriation par les personnels des protocoles d'alerte et d'intervention.	Oui			
Recueil et analyse des dysfonctionnements.	Oui			
Actions d'amélioration.	Oui			
Dispositions spécifiques vis-à-vis du risque incendie lié au tabagisme (affichage, livret d'accueil, rappel des règles en cas de non-respect, etc.) et aux autres causes d'incendie (produits inflammables, produits de laboratoire, risque électrique, etc.).	En partie	Les dispositions spécifiques en matière de risque incendie sont existantes y compris sur le risque lié au tabagisme pour lequel une situation de non respect de la part d'un membre du personnel a été constatée durant la visite.		

Référence 16 : La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements.				
Critère	16c : La maintenance préventive et curative est assurée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Plan de maintenance préventive.	Oui		A	
Coordination de la maintenance curative.	Oui			
Organisation des interventions en urgence (délai d'intervention, identification des équipes d'intervention, numéros d'appel, etc.)	Oui			
Appropriation par les personnels des protocoles d'alerte et d'intervention.	Oui			
Traçabilité des interventions.	Oui			

Référence 17 : La sécurité des biens et des personnes.				
Critère	17a : La conservation des biens est organisée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des situations mettant en jeu la sécurité des biens.	Oui		A	
Mise en œuvre 24 heures/24 de dispositions appropriées (coffres, vestiaires, surveillance, gardiennage, vidéosurveillance, etc.).	Oui			
Diffusion des consignes de sécurité aux patients, aux visiteurs et aux professionnels.	Oui			
Connaissance par les professionnels des protocoles d'alerte.	Oui			
Recueil et analyse des événements indésirables et gestion des plaintes.	Oui			
Actions d'amélioration.	Oui			

<b>Référence 17 : La sécurité des biens et des personnes.</b>				
<b>Critère</b>	<b>17b : Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en œuvre.</b>			
<b>Éléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Identification des situations mettant en jeu la sécurité des personnes.	Oui		A	
Mise en œuvre de dispositions appropriées (sensibilisation des professionnels, vidéosurveillance, agents de sécurité, sécurité de nuit, alarme, dispositif pour travailleurs isolés, etc.).	Oui			
Diffusion des consignes de sécurité aux patients, aux visiteurs et aux professionnels.	Oui			
Connaissance par les professionnels des protocoles d'alerte.	Oui			
Recueil et analyse des événements indésirables et gestion des plaintes.	Oui			
Actions d'amélioration.	Oui			

**E SYSTEME D'INFORMATION**

<b>Référence 18 : Le système d'information.</b>				
<b>Critère</b>	<b>18a : Le système d'information est organisé pour faciliter la prise en charge des patients.</b>			
<b>Éléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Identification des besoins des secteurs d'activité en termes de SI.	OUI		<b>A</b>	
Mise à disposition des professionnels, des bases de connaissances utiles à la réalisation des différentes activités.	OUI			
Communication des données nécessaires à la prise en charge des patients et à sa coordination, en temps utile et de façon adaptée aux besoins.	OUI			
Accompagnement et formation des professionnels concernés pour traiter et utiliser les données.	OUI			

Référence 18 : Le système d'information.				
Critère	18b : Une identification fiable et unique du patient est assurée.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique d'identification du patient.	EN PARTIE	L'identification du patient fait l'objet d'une attention à chaque étape de la prise en charge sans que la politique d'identification soit formalisée dans une charte.	<b>B</b>	
Organisation permettant la diffusion et la mise en œuvre de procédures de contrôle de l'identification du patient.	OUI			
Information et/ou formation des professionnels.	OUI			

Référence 18 : Le système d'information.				
Critère	18c : La sécurité du système d'information est assurée.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Politique de sécurité pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des données et la traçabilité des accès au SI.	EN PARTIE	La politique de sécurité couvre principalement la sécurité et la confidentialité des données liées aux transmissions de l'activité RIM-Psy. Cependant, il n'existe pas de charte informatique avec sensibilisation des acteurs sur les principes de sécurité et l'établissement n'a pas encore désigné de RSSI.	<b>C</b>	Un schéma directeur du système d'information est en cours d'élaboration avec prise en compte des problèmes de sécurité.
Contrôle qualité des données (notamment information médicale issue du PMSI).	OUI			
Sécurité technique de l'environnement assurée.	OUI			
Information des professionnels sur les contraintes liées à l'utilisation des ressources informatiques.	EN PARTIE	Il n'existe pas de plan d'action sur l'information des professionnels sur les contraintes ou de chartes d'utilisation des ressources informatiques définis.		
Mise en œuvre des démarches et formalités prévues par la législation Informatique et libertés.	EN PARTIE	Même si les formalités prévues par la législation sont appliquées en hospitalisation à temps plein, les structures ambulatoires n'informent pas les patients des dispositions sur la loi informatique et liberté.		

**Actions remarquées par les experts - visiteurs concernant le chapitre II**

<b>Intitulé de l'action</b>	<b>Objectif</b>	<b>Résultat</b>
L'organisation de l'accessibilité à l'ensemble de la documentation	Permettre à l'ensemble des professionnels d'avoir accès à tous les documents internes (procédures, protocoles, etc...) et à certains documents qualité externes (recommandations...)	Mise en place sur intranet d'une borne de consultation avec outil de requête et tous les documents indexés avec mots-clés, accessible par tous sur tous les postes informatiques.

## **CHAPITRE III – PRISE EN CHARGE DU PATIENT**

### **Santé Mentale**

**A DROITS DU PATIENT**

Référence 19 : L'information du patient.				
Critère	19a : Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses conditions de séjour.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Information claire et compréhensible sur les conditions de séjour du patient à l'accueil administratif et dans les services.	En partie	L'information, basée sur le livret d'accueil fait l'objet d'une procédure prévoyant la remise et l'explication du livret d'accueil lors de l'accueil administratif et/ou dans les unités de soins. On ne retrouve la trace de ces actions que dans peu de cas dans le dossier du patient.	<b>C</b>	L'établissement a prévu d'enrichir son dispositif d'information par une présentation vidéo et de mettre en place des mesures d'évaluation.
Adaptation des informations aux capacités et facultés de compréhension du patient (handicap, langue, âge, niveau d'alphabétisation, etc.).	oui			
Actions d'évaluation et mesures d'impact sur la compréhension du patient.	non	L'établissement n'a pas évalué l'impact de ces mesures sur la compréhension des patients.		

<b>Référence 19 : L'information du patient.</b>				
<b>Critère</b>	<b>19b : Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur ses soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Organisation de la délivrance des informations (réflexion des professionnels, identification des responsables, professionnels référents, coordination des professionnels, traçabilité dans le dossier, etc.).	En partie	Les informations concernant l'état de santé du patient lui sont délivrées oralement par les professionnels de santé au cours de la prise en charge sans que cela ait fait l'objet d'une formalisation. L'établissement a réfléchi à la traçabilité de l'information délivrée et une fiche a été élaborée à cet effet, mais elle n'est utilisée que très inconstamment. Dans certaines structures seulement, chaque patient a un référent infirmier.	<b>B</b>	
Organisation pour informer les patients sur les soins et leur état de santé (quand ?, comment ?) et faciliter leurs demandes sur ces sujets (possibilité de rendez-vous, accès au dossier du patient, groupes d'information sur certaines pathologies, etc.).	Oui			
Formation des professionnels.	oui			
Évaluation de l'organisation mise en œuvre.	En partie	Une évaluation est effectuée par le biais du questionnaire de satisfaction qui comprend une rubrique concernant l'information sur l'état de santé, mais le retour de ces questionnaires est trop faible pour que cela soit exploitable.		

<b>Référence 19 : L'information du patient.</b>				
<b>Critère</b>	<b>19c : Le patient désigne les personnes qu'il souhaite voir informer.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Information du patient sur la possibilité de désigner une personne à prévenir.	Oui		<b>C</b>	L'établissement s'est doté des outils de recueil de l'identité de la personne de confiance et poursuit sa réflexion sur les modalités pratiques de ce recueil.
Information du patient sur la possibilité de désigner une personne de confiance.	En partie	L'information est présente dans le livret d'accueil, une procédure prévoit que seul le médecin doit proposer au patient la désignation de la personne de confiance, ce qui n'est pas fait de façon systématique.		
Organisation et supports d'information (livret d'accueil, possibilité de révocation, etc.).	Oui			
Traçabilité dans le dossier des coordonnées des personnes désignées par le patient.	En partie	Bien qu'une procédure et des fiches spécifiques aient été élaborées pour le recueil de l'identité des personnes désignées par le patient, on ne retrouve pas toujours l'identité des personnes à prévenir dans le dossier, et jamais celle d'une personne de confiance		

<b>Référence 19 : L'information du patient.</b>				
<b>Critère</b>	<b>19d : Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable grave lors de sa prise en charge.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Dispositif d'information du patient lors de la survenue d'un événement indésirable grave durant son séjour (identification de la personne chargée de l'information du patient, etc.).	non	L'information du patient lors de la survenue d'un événement indésirable grave lors de son séjour ne fait pas l'objet d'un dispositif structuré.	<b>D</b>	
Dispositif d'information du patient après sa sortie en cas de survenue d'un événement indésirable grave lié aux soins délivrés pendant le séjour.	non	L'information du patient après sa sortie en cas de survenue d'un événement indésirable grave, ne fait pas l'objet d'un dispositif structuré.		
Traçabilité de l'information dans le dossier du patient.	non	La traçabilité de l'information délivrée au patient dans ces circonstances n'est pas assurée.		

<b>Référence 20 : La recherche du consentement et des volontés du patient.</b>				
<b>Critère</b>	<b>20a : La volonté du patient est respectée et son consentement éclairé est requis pour toute pratique le concernant.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Information préalable à la demande de consentement (bénéfice-risque, degré d'urgence, alternatives et conséquences prévisibles en cas de refus, etc.).	En partie	L'établissement a identifié un certain nombre de situations induisant une réflexion bénéfice-risque justifiant une traçabilité et a élaboré une fiche à cet effet. La délivrance de cette information se fait de façon orale et la traçabilité n'est pas toujours assurée.	<b>C</b>	L'établissement s'est doté d'un outil formalisé pour l'information et le recueil du consentement du patient pour les ECT. La nécessité de recueillir le consentement du patient pour le dépistage du VIH est prise en compte.
Procédure formalisée de recueil du consentement pour un dépistage VIH ou de consultation du registre des refus pour un prélèvement d'organe ou de tissus.	Non	Il n'y a pas de procédure formalisée de recueil du consentement du patient pour le dépistage VIH. La nécessité de ce recueil est rappelée sur la fiche de prescription des examens de laboratoire (case à cocher).		
Recueil systématique et traçabilité, par les professionnels, du consentement éclairé.	En partie	L'établissement a prévu la traçabilité du consentement du patient dans le cadre des observations médicales sous forme d'un encart en bas de page, en particulier pour les situations justifiant également la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque, mais également pour d'autres situations apparaissant pertinentes au praticien. Cependant, dans la pratique, cet item n'est pas renseigné dans le dossier.		
Connaissance par les professionnels des situations particulières nécessitant un consentement éclairé formalisé (rédigé, daté et signé par le patient).	NA			
Recueil systématique du consentement éclairé formalisé dans les situations particulières.	NA			

Organisation permettant le respect des croyances et convictions religieuses dans les limites du possible et de la déontologie médicale (régime alimentaire, recours possible au ministre du culte de son choix, transfusions, etc.).	Oui			
--	-----	--	--	--

Référence 21 : La dignité du patient et la confidentialité.				
Critère	21a : La confidentialité des informations relatives au patient est garantie.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation permettant le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social (conditions d'entretien et d'examen, etc.).	oui		<b>B</b>	
Pratiques des professionnels respectant le secret professionnel.	oui			
Dispositions prévues pour assurer la non-divulgateion de la présence.	En partie	La volonté de non divulgation de sa présence par le patient est prise en compte, mais il n'y a pas eu de formalisation des mesures à prendre dans ce cas, notamment en ce qui concerne les communications téléphoniques.		
Sensibilisation des professionnels sur le thème de la confidentialité (contrats de travail, formation, groupes thématiques, rappel des bonnes pratiques, etc.).	oui			

Référence 21 : La dignité du patient et la confidentialité.				
Critère	21b : Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation permettant le respect de la dignité et de l'intimité du patient (conditions d'entretien et d'examen, etc.).	En partie	Les entretiens et les soins sont réalisés dans des conditions respectant la dignité et l'intimité du patient. L'existence de portes de chambre vitrées, parfois en partie occultées, ne permet pas de garantir l'intimité des patients, notamment pour ce qui concerne les chambres d'isolement, situées dans des lieux de passage des autres patients. L'accueil de patients sur des lits de camp, ou dans les chambres d'isolement, en cas de manque de lit disponible, est également préjudiciable au respect de la dignité et de l'intimité du patient.	<b>C</b>	La nécessité de préserver la dignité et l'intimité du patient est prise en compte dans l'ensemble des projets d'aménagement et de construction des bâtiments.
Pratiques professionnelles respectant la dignité et l'intimité des patients.	Oui			
Sensibilisation des professionnels au respect de la dignité et de l'intimité du patient (formation, groupes thématiques, rappel des bonnes pratiques, etc.).	Oui			

Référence 21 : La dignité du patient et la confidentialité.				
Critère	21c : La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance (groupes thématiques, formations, etc.).	Oui		<b>B</b>	
Identification des personnes et des situations à risque de maltraitance.	Non	L'établissement n'a pas recensé les personnes particulièrement exposées ni les situations pouvant engendrer de la maltraitance.		
Mise en place d'un dispositif de signalement interne et externe.	Oui			
Respect des bonnes pratiques en matière de contention (et d'isolement thérapeutique en psychiatrie).	En partie	L'établissement s'est doté d'une procédure de mise en chambre d'isolement dont le respect n'est pas évalué. Il n'existe pas de procédure concernant la contention. L'une et l'autre ne sont pratiquées que sur prescription médicale datée et signée.		

**B PARCOURS DU PATIENT**

<b>Référence 22 : L'accueil du patient et de son entourage.</b>				
<b>Critère</b>	<b>22a : L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient et/ou de son entourage.</b>			
<b>Éléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Adaptation des locaux aux différents types de handicaps (architecture, signalisation, système antifugue, etc.).	Oui		<b>B</b>	
Organisation adaptée au repérage et à la prise en compte des handicaps (sensoriels, moteurs et psychiques, etc.).	Oui			
Recherche de tout type de situations devenues handicapantes pour le patient (prise médicamenteuse, risque de chute lié à la prise en charge ou l'alitement prolongé, etc.).	En partie	Certaines situations devenues handicapantes peuvent être repérées dans le cadre de la prise en charge. Toutes les situations susceptibles de créer un handicap n'ont pas été recensées, et leur recherche n'est pas systématique.		

Référence 22 : L'accueil du patient et de son entourage.				
Critère	22b : La permanence de l'accueil est organisée.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation de l'accueil des patients et de l'entourage (permanence, accès téléphonique, responsabilités, etc.).	Oui		A	
Réponse adaptée aux différentes situations (transfert vers une autre structure, appel de spécialistes, information de l'entourage, etc.).	Oui			
Dispositions prises pour informer sur les délais d'attente et pour les réduire.	Oui			

Référence 22 : L'accueil du patient et de son entourage.				
Critère	22c : Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Procédures spécifiques d'accueil et de prise en charge des détenus.	En partie	L'accueil des détenus est organisé autour d'un protocole conclu avec le SMPR. Les précautions particulières à observer par le personnel ont été définies par une note de service. Un protocole a été rédigé mais n'est ni validé, ni mis en œuvre.	<b>B</b>	
Mesures prises pour garantir aux détenus la sécurité, la dignité et la confidentialité.	En partie	L'hospitalisation du détenu s'effectue systématiquement en chambre d'isolement, dans les mêmes conditions que pour les autres patients.		
Mesures prises pour garantir la sécurité des personnels.	oui			
Interfaces organisées entre le milieu carcéral et l'établissement.	oui			

Référence 22 : L'accueil du patient et de son entourage.				
Critère	22d : Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation de services d'hébergement et de restauration pour les accompagnants.	En partie	L'établissement offre un service de restauration pour les accompagnants, mais pas de service d'hébergement.	<b>B</b>	
Connaissance de ces services par les professionnels.	Oui			
Information des patients et de leur entourage sur les possibilités de restauration et d'hébergement.	Oui			

Référence 23 : La prise en charge du patient se présentant pour une urgence.				
Critère	23a : L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation de l'accueil au service des urgences.	Oui	L'établissement ne dispose pas d'un service d'urgences somatiques. Il a mis en place une fédération intersectorielle d'accueil, regroupant l'accueil psychiatrique au CH d'Evreux et une unité intersectorielle d'accueil au CHS.	A	
Définition des circuits (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, etc.).	Oui			
Enregistrement et analyse des passages.	Oui			
Formation spécifique du personnel d'accueil (réactivité aux situations d'urgence, manutention des patients, gestion de la violence et du stress, etc.).	Oui			

Référence 23 : La prise en charge du patient se présentant pour une urgence.				
Critère	23b : Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert sont organisés dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation de la prise en charge en fonction du degré d'urgence (triage, conventions de partenariat externes, procédures internes de prise en charge, contrats-relais, etc.)	Oui		A	
Organisation du transport.	Oui			
Organisation de la prise en charge sociale.	Oui			
Recueil, analyse et exploitation des événements indésirables et des délais d'attente en fonction du degré d'urgence.	Oui			

Référence 23 : La prise en charge du patient se présentant pour une urgence.				
Critère		23c : Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.		
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation du recours aux spécialistes (implication de la CACNP ou équivalent, tableaux de permanence des soins des spécialistes et équipes mobiles, télésanté, etc.).	Oui		A	
Connaissance par les personnels de l'organisation mise en place.	Oui			
Évaluation de la disponibilité du spécialiste dans des délais adaptés.	NA	L'établissement fait appel à des spécialistes d'autres établissements et, dans les situations d'urgence, transfère le patient.		

Référence 23 : La prise en charge du patient se présentant pour une urgence.				
Critère	23d : La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation permettant la connaissance des lits disponibles.	Oui		<b>B</b>	
Recueil, analyse et exploitation d'indicateurs et des événements indésirables.	Oui			
Actions visant à augmenter la disponibilité des lits.	En partie	L'établissement est confronté à un déficit de lits tenant au fait qu'il accueille en hospitalisation les patients des deux autres secteurs du département. L'ouverture d'une unité intersectorielle d'accueil constitue une réponse en termes de régulation d'amont pour l'hospitalisation dans les unités sectorielles. Des lits surnuméraires (lits de camp) sont utilisés ainsi que les chambres d'isolement.		

<b>Référence 24 : L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé.</b>				
<b>Critère</b>	<b>24a : Le patient et, s'il y a lieu, son entourage, sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Sensibilisation des professionnels à la nécessité d'impliquer le patient et son entourage dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique.	En partie	Les professionnels sont sensibilisés à la nécessité d'impliquer le patient et son entourage dans l'élaboration et le suivi de son projet thérapeutique de par leur formation initiale et par le biais de formations non spécifiques touchant à la relation soignant /soigné, mais il n'y a pas d'action spécifique de sensibilisation sur ce thème.	<b>C</b>	Un groupe de travail est chargé de l'amélioration de la traçabilité du consentement éclairé et de la réflexion bénéfice-risque, ce qui suppose une amélioration de l'implication du patient dans sa prise en charge.
Organisation permettant l'implication concrète du patient (contrats de soins, protocoles, etc.).	En partie	Des contrats de soins sont élaborés avec le patient dans certaines unités. Ponctuellement les patients peuvent être impliqués dans des programmes d'éducation à la santé. Ces actions ne sont pas généralisées, ni organisées au niveau institutionnel.		
Ajustement du projet thérapeutique en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient.	Oui			
Traçabilité dans le dossier du patient du projet thérapeutique et de ses ajustements en précisant le point de vue du patient et, s'il y a lieu, de son entourage.	En partie	Les objectifs de soins, les actions mises en œuvre et leur évaluation sont tracés dans le dossier de manière inégale. Il en est de même du point de vue du patient et de son entourage.		

<b>Référence 24 : L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé.</b>				
<b>Critère</b>	<b>24b : Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Recueil des données médicales du patient (traitements, autonomie, allergies, régime alimentaire, etc.).	En partie	Le dossier patient unique prévoit le recueil des données médicales du patient et offre un support à cet effet. On note cependant que ce support n'est pas toujours renseigné de façon exhaustive.	<b>C</b>	Le dossier patient unique constitue une base commune de recueil des informations et de coordination des soins. Un groupe de suivi a été mis en place.
Recueil des données personnelles du patient (conditions sociales et familiales, convictions, etc.).	En partie	Le dossier patient unique prévoit le recueil des données personnelles du patient et offre un support à cet effet. On note cependant que ce support n'est pas toujours renseigné de façon exhaustive.		
Coordination des professionnels y compris en amont de l'établissement (communication des informations, répartition des tâches, etc.).	En partie	La coordination est assurée entre les professionnels dans le cadre de réunions pluridisciplinaires, synthèses, transmissions. Des fiches de liaison sont utilisées avec les structures extrahospitalières. Le caractère parfois parcellaire des informations tracées dans le dossier nuit cependant à une bonne coordination des professionnels.		

Référence 24 : L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé.				
Critère	24c : La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Intégration de la réflexion bénéfice-risque dans l'élaboration du projet thérapeutique.	Oui		<b>B</b>	
Traçabilité de la réflexion bénéfice-risque dans le dossier du patient.	En partie	L'établissement a identifié les situations justifiant une traçabilité de la réflexion bénéfice-risque. Un support permet cette traçabilité dans le dossier du patient mais il n'est utilisé que de façon inconstante.		

Référence 24 : L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé.				
Critère		24d : La restriction de liberté de circulation du patient fait l'objet d'une information au patient et à son entourage, d'une prescription médicale écrite et d'une réévaluation périodique.		
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification de toutes les situations rendant nécessaire une restriction de liberté de circulation.	Oui		C	L'établissement poursuit sa réflexion autour de l'ouverture des services, notamment dans le cadre du projet de reconstruction de l'hôpital. Des services, auparavant fermés, ont été ouverts. L'établissement prévoit de systématiser la prescription médicale signée et datée pour toutes les situations de restrictions de liberté.
Actions de sensibilisation ou de formation des professionnels.	En partie	Des actions de formation portant sur le respect de l'intimité et de l'éthique de soins infirmiers sont mises en place. Dans le cadre de la formation « consolidation des savoirs », est traitée la question de la contention. Il n'y a pas eu de formation, ni d'action de sensibilisation, spécifique sur le thème de la liberté de circulation.		
Organisation de l'information au patient et à son entourage.	Oui			
Prescription médicale écrite, datée et signée issue d'une réflexion d'équipe avec réévaluation à périodicité définie.	En partie	La prescription médicale écrite datée et signée est prévue pour ce qui concerne l'isolement thérapeutique et les supports sont présents dans le dossier du patient. La prescription d'autres pratiques telles que pose de barrières au lit, contention au fauteuil, mise en pyjama, n'est pas toujours retrouvée dans le dossier.		
Traçabilité de la réflexion et de l'information donnée au patient et à son entourage dans le dossier.	En partie	Les supports permettant la traçabilité de la réflexion et de l'information donnée au patient et/ou à son entourage existent dans le dossier du patient, mais sont renseignés de façon très hétérogène.		

Référence 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée.				
Critère	25a : L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des patients à risque.	OUI		A	
Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	OUI			
Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	OUI			
Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	OUI			

Référence 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée.				
Critère	25b : Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des patients à risque.	OUI		<b>B</b>	
Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	OUI			
Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	OUI			
Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	EN PARTIE	La traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge n'est pas exhaustive.		

Référence 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée.				
Critère	25c : La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des patients à risque.	OUI		<b>B</b>	
Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	OUI			
Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	OUI			
Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	EN PARTIE	La traçabilité des actions de prise en charge est en partie réalisée.		

Référence 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée.				
Critère	25d : Les chutes des patients font l'objet d'une prévention.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des patients à risque.	OUI		<b>B</b>	
Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	EN PARTIE	L'évaluation du risque de chute n'est pas systématiquement réalisée auprès des patients.		
Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	OUI			
Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	EN PARTIE	Les actions mises en œuvre auprès des patients qui présentent un risque de chute ne sont pas systématiquement tracées dans le dossier.		

Référence 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée.				
Critère	25e : Le risque suicidaire est pris en compte.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des patients à risque.	OUI		<b>B</b>	
Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	OUI			
Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	OUI			
Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	EN PARTIE	La traçabilité des actions mises en œuvre n'est pas homogène dans tous les secteurs.		

Référence 25 : Les situations nécessitant une prise en charge adaptée.				
Critère	25f : Les escarres font l'objet d'une prévention.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Information/formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des patients à risque.	OUI		<b>B</b>	
Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière.	OUI			
Organisation d'une prise en charge adaptée aux patients à risque.	OUI			
Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.	EN PARTIE	La traçabilité des actions de prise en charge n'est pas systématique.		

Référence 26 : La prise en charge de la douleur.				
Critère	26a : La prise en charge de la douleur est assurée.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation permettant la prévention, l'évaluation et la prise en charge systématiques de la douleur (CLUD ou structure équivalente, consultations spécialisées, référents, outils et méthodes, etc.).	OUI		C	Un CLUD a été mis en place en septembre 2008.
Élaboration de protocoles et procédures sur la base des recommandations de bonnes pratiques.	EN PARTIE	Il existe des règles de bon usage des anti inflammatoires non stéroïdiens mais pas de protocole ou procédure de prise en charge de la douleur.		
Évaluation du respect de la mise en œuvre des protocoles et procédures.	NON	La prise en charge de la douleur n'est pas évaluée.		

Référence 26 : La prise en charge de la douleur.				
Critère	26b : Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Information du patient sur la prise en charge de sa douleur.	EN PARTIE	Une fiche d'information sur la douleur se trouve dans le livret d'accueil sans information personnalisée.	<b>C</b>	Un CLUD a été mis en place en septembre 2008.
Mise à disposition d'outils de mesure de la douleur adaptés aux patients (enfants, personnes non communicantes, etc.).	EN PARTIE	Il existe un modèle d'échelle EVA dans l'établissement non adapté à l'ensemble de la population accueillie.		
Traçabilité dans le dossier du patient de la mesure et du suivi de l'intensité de la douleur.	EN PARTIE	La mesure et le suivi de l'intensité de la douleur sont partiellement tracés.		
Mesure et analyse de la satisfaction du patient.	NON	La mesure et l'analyse de la satisfaction du patient dans le cadre de la prise en charge de la douleur ne sont pas réalisées.		
Actions d'amélioration.	NON	Aucune action d'amélioration n'a été constatée.		

Référence 26 : La prise en charge de la douleur.				
Critère	26c : Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des besoins en formation.	OUI		B	
Organisation d'actions de formation.	OUI			
Mesure de l'efficacité du programme de formation et réajustements.	EN PARTIE	Il n'y a pas d'évaluation formalisée des formations.		

<b>Référence 27 : La continuité des soins.</b>				
<b>Critère</b>	<b>27a : Des règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins.</b>			
<b>Éléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Planning de présence, gardes et astreintes, prévision et organisation des remplacements.	OUI		<b>A</b>	
Définition de moyens de coordination (supports, temps de réunion, temps de transmission, etc.).	OUI			
Mise en œuvre de règles de coordination entre tous les intervenants de la prise en charge.	OUI			
Recueil des dysfonctionnements.	OUI			

<b>Référence 27 : La continuité des soins.</b>				
<b>Critère</b>	<b>27b : La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Formation des personnels à la conduite à tenir en cas d'urgence vitale (connaissance de la procédure d'appel des personnes-ressources et des premiers gestes de secours, etc.).	OUI		<b>A</b>	
Maintenance à périodicité définie du matériel d'urgence dans les services et sécurisation d'accès au chariot d'urgence.	OUI			
Analyse des dysfonctionnements et mesures correctives éventuelles.	OUI			

Référence 28 : Le dossier du patient.				
Critère	28a : Les règles de tenue du dossier sont connues et appliquées par les différents intervenants.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Protocole de tenue du dossier (contenu du dossier et pièces définies par la réglementation, responsabilités de chaque acteur, etc.).	OUI		B	
Information des professionnels sur les règles de tenue du dossier.	OUI			
Évaluation de l'application de ces règles par les différents intervenants.	EN PARTIE	Un audit du dossier patient a été réalisé en mars 2008.		

<b>Référence 28 : Le dossier du patient.</b>				
<b>Critère</b>	<b>28b : L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Traçabilité des actes thérapeutiques et diagnostiques réalisés par les professionnels.	EN PARTIE	La traçabilité des actes thérapeutiques et diagnostiques réalisés par les professionnels dans le dossier du patient est hétérogène dans les différents secteurs d'activité.	C	
Traçabilité des informations actualisées sur l'évolution de l'état de santé du patient.	EN PARTIE	Les informations sur l'évolution de l'état de santé du patient ne sont pas systématiquement tracées dans le dossier du patient.		
Organisation pour intégrer dans le dossier du patient les informations fournies après sa sortie par les professionnels concernés (médecins, secrétariats, personnel des archives, etc.), y compris par les correspondants externes à l'établissement.	OUI			

Référence 28 : Le dossier du patient.				
Critère	28c : L'information contenue dans le dossier du patient est accessible, en temps utile, aux professionnels en charge du patient.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation permettant la localisation du dossier en temps réel.	OUI		<b>B</b>	
Organisation de l'archivage permettant la permanence d'accès aux informations (accessibilité des données issues de consultations ou hospitalisations antérieures 24 heures/24, etc.).	OUI			
Organisation de la communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes (règles, catégories professionnelles habilitées à accéder au dossier, etc.).	OUI			
Information des professionnels sur ces modalités.	OUI			
Evaluation de l'organisation mise en place.	NON	L'organisation mise en place n'est pas évaluée.		

<b>Référence 28 : Le dossier du patient.</b>				
<b>Critère</b>	<b>28d : L'accès au dossier du patient est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Organisation de l'accès du patient et des personnes habilitées au dossier (identification des personnes habilitées, formation des personnels, procédure, etc.).	OUI		<b>B</b>	
Information du patient, de ses ayants droit et des personnes habilitées.	OUI			
Évaluation de l'application de ces règles.	NON	Les règles d'organisation de l'accès au dossier du patient ne sont pas évaluées		

<b>Référence 29 : Le fonctionnement des laboratoires.</b>				
<b>Critère</b>	<b>29a : La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Justification des examens prescrits (fiche de renseignements cliniques, réflexion bénéfice-risque, évaluation de l'état du patient, etc.).	OUI		<b>A</b>	
Prescription médicale écrite, datée, signée, systématiquement, pour tout acte d'analyse.	OUI			
Analyse de conformité des fiches de prescription.	OUI			

<b>Référence 29 : Le fonctionnement des laboratoires.</b>				
<b>Critère</b>	<b>29b : Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Accréditation, certification externe ou démarche qualité dans le secteur des laboratoires.	NA		<b>B</b>	
Concertation entre secteurs d'activité clinique et biologique (réunions régulières, notes d'information, contrats interservices, etc.).	EN PARTIE	La concertation entre les secteurs d'activité de l'établissement et le laboratoire est réalisée via la pharmacienne.		
Conventions pour les examens réalisés à l'extérieur de l'établissement de santé.	OUI			
Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, au transport et à la réception des prélèvements.	OUI			
Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, la validation et l'interprétation des examens.	NA			
Évaluation du dispositif mis en œuvre.	EN PARTIE	Des données concernant l'activité, l'organisation et les non-conformités sont transmises à la pharmacienne de l'établissement.		

<b>Référence 29 : Le fonctionnement des laboratoires.</b>				
<b>Critère</b>	<b>29c : La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Définition et formalisation des modalités de transmission des résultats (notamment urgence, résultats critiques, etc.).	OUI			
Évaluation des délais de transmission des résultats.	NON	Les délais de transmission des résultats ne sont pas évalués.	<b>C</b>	
Enquêtes de satisfaction des utilisateurs.	EN PARTIE	La satisfaction des utilisateurs est évaluée en partie par la pharmacienne qui assure l'interface avec le laboratoire.		

<b>Référence 30 : Le fonctionnement des secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.</b>				
<b>Critère</b>	<b>30a : La prescription d'examens est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Justification des examens prescrits (fiche de renseignements cliniques, réflexion bénéfice-risque, évaluation de l'état du patient, etc.).	OUI		<b>A</b>	
Prescription médicale écrite, datée, signée, systématiquement, pour tout acte d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.	OUI			
Analyse de conformité des fiches de prescription.	OUI			

Référence 30 : Le fonctionnement des secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.				
Critère	30b : Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Certification externe ou démarche qualité dans le secteur d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.	EN PARTIE	Seul le cabinet dentaire réalise des examens radiographiques. La conformité du matériel est vérifiée une fois par an par un prestataire externe. Les autres actes d'imagerie médicale sont réalisés dans d'autres structures.	C	
Concertation entre secteurs d'activité clinique et secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle (réunions régulières, notes d'information, contrats interservices, etc.).	EN PARTIE	Les examens radiologiques sont réalisés à l'extérieur de l'établissement, au CHG ou dans le secteur privé. La concertation entre secteurs se fait le cas échéant par téléphone.		
Conventions pour les examens réalisés à l'extérieur de l'établissement de santé.	NON	Il n'existe pas de convention pour les examens réalisés à l'extérieur.		
Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, au transport et à la réception des examens d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.	NA			
Formalisation et diffusion des règles relatives à la réalisation, la validation et l'interprétation des examens.	NA			
Évaluation du dispositif mis en œuvre.	NON	Le dispositif n'est pas évalué.		

<b>Référence 30 : Le fonctionnement des secteurs d'imagerie et d'exploration fonctionnelle.</b>				
<b>Critère</b>	<b>30c : La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Définition et formalisation des modalités de transmission des résultats (notamment urgence, résultats critiques, etc.).	EN PARTIE	Les modalités de transmission des résultats ne sont pas formalisées.	<b>C</b>	
Évaluation des délais de transmission des résultats.	NON	Les délais de transmission des résultats ne sont pas évalués.		
Enquêtes de satisfaction des utilisateurs.	NON	La satisfaction des utilisateurs n'est pas évaluée.		

Référence 31 : L'organisation du circuit du médicament.				
Critère	31a : Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Systematisation d'une prescription médicale écrite, datée et signée.	EN PARTIE	Les prescriptions médicales sont réalisées sur des fiches spécifiques qui sont signées par les médecins prescripteurs mais pas remplies de façon exhaustive.	C	
Prescription médicale écrite a posteriori des prescriptions orales dans le cadre d'une urgence vitale.	EN PARTIE	Les prescriptions médicales écrites à posteriori des prescriptions orales dans le cadre d'une urgence vitale ne sont pas systématiques.		
Mise à disposition des professionnels d'outils actualisés et validés (livret thérapeutique, monographies, recommandations, protocoles, etc.).	EN PARTIE	La version la plus récente du livret thérapeutique n'est pas diffusée pour des raisons techniques.		
Définition de règles pour l'utilisation des médicaments personnels (reconduction des traitements antérieurs du patient dans le dossier du patient, administration, stocks, responsabilité, etc.).	OUI			
Recueil et analyse des événements indésirables.	OUI			

<b>Référence 31 : L'organisation du circuit du médicament.</b>				
<b>Critère</b>	<b>31b : Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Validation par le pharmacien des prescriptions et du traitement complet du patient.	OUI		<b>B</b>	
Délivrance nominative des médicaments par le personnel de la pharmacie à usage intérieur ou de la pharmacie d'officine, hors cadre de l'urgence.	EN PARTIE	Une délivrance nominative des médicaments par le personnel de la pharmacie à usage intérieur est assurée quotidiennement à l'unité intersectorielle d'accueil. Dans les autres unités la dispensation est hebdomadaire.		
Préparation des médicaments non prêts à l'emploi, sous responsabilité d'un pharmacien, dans le respect des Bonnes Pratiques de Fabrication (médicaments radio pharmaceutiques, anticancéreux, préparations pédiatriques, etc.).	OUI			
Conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant, comportant leur dénomination jusqu'au moment de l'administration.	OUI			
Sécurisation du transport des médicaments.	OUI			
Recueil et analyse des événements indésirables.	OUI			

Référence 31 : L'organisation du circuit du médicament.				
Critère	31c : Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Administration des médicaments par des professionnels habilités.	OUI		C	
Retour d'information aux médecins et aux pharmaciens, quant aux problèmes survenus lors de l'administration (motif de non-administration, non-disponibilité du médicament, etc.).	EN PARTIE	Les problèmes survenus lors de l'administration des médicaments ne font pas l'objet d'un retour d'information systématique aux médecins et au pharmacien.		
Traçabilité de l'administration des médicaments sur un support unique de prescription et d'administration, dans le dossier du patient, au moment de la prise.	EN PARTIE	La prise médicamenteuse est tracée sur un support qui ne détaille pas systématiquement les médicaments administrés. Les pratiques en termes de traçabilité sont hétérogènes selon les secteurs et ne permettent pas toujours de certifier la prise effective des thérapeutiques.		
Recueil et analyse des événements indésirables.	EN PARTIE	Le recueil des événements indésirables n'est pas systématique.		

Référence 31 : L'organisation du circuit du médicament.				
Critère	31d : Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment par un personnel habilité.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation de la permanence pharmaceutique éventuellement par convention entre établissements de santé et/ou pharmacie d'officine.	OUI		A	
Sécurisation de l'accès de la pharmacie, réservé au seul personnel habilité par le pharmacien.	OUI			
Organisation de l'accès aux médicaments prescrits en urgence.	OUI			
Connaissance par les professionnels des modalités d'accès.	OUI			

<b>Référence 32 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle.</b>				
<b>Critère</b>	<b>32a : Toutes les activités interventionnelles sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité cliniques, en intégrant les urgences éventuelles.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Conseil de bloc (ou structure équivalente), actif et reconnu.	NA		<b>NA</b>	
Charte de bloc, règlement intérieur ou document équivalent.	NA			
Concertation interprofessionnelle dans la planification des activités interventionnelles.	NA			
Suivi d'indicateurs de fonctionnement.	NA			

<b>Référence 32 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle.</b>				
<b>Critère</b>	<b>32b : Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré-, per- et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du patient en préopératoire : identification du patient, informations issues des consultations et d'autres secteurs médicotéchniques, modalités de préparation du patient, contre-indications médicamenteuses, fiche de liaison secteurs d'activité/bloc opératoire, procédure d'accueil formalisée au bloc opératoire, etc.	NA		NA	
Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du patient en peropératoire : liens entre secteurs opératoires et SSPI (modalités définies, personnels concernés, etc.).	NA			
Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du patient en postopératoire : prescriptions postopératoires, comptes rendus opératoires, modalités de surveillance (transport, secteurs d'hospitalisation, professionnels d'aval), existence de supports (fiches de liaison, etc.) catégories professionnelles concernées (chirurgiens, anesthésistes, soignants, etc.).	NA			

Référence 32 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle.				
Critère	32c : Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation de l'identification des événements indésirables graves en secteur interventionnel (concernant les patients, les professionnels, les locaux, les fonctions de soutien et/ou le matériel, etc.).	NA		NA	
Mise en place d'un dispositif de signalement.	NA			
Analyse des événements indésirables graves.	NA			
Mise en œuvre d'actions correctives et préventives.	NA			

<b>Référence 33 : La radiothérapie.</b>				
<b>Critère</b>	<b>33a : Une organisation permettant d'assurer la qualité en radiothérapie est en place.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Certification externe ou démarche d'assurance qualité incluant notamment : - la prise en compte des référentiels (nationaux et internationaux) ; - l'organisation de la prise en charge du patient (de sa première consultation à son suivi après traitement) ; - le management de la qualité ; - la prévention des risques liés aux soins ; - la formation régulière du personnel concerné ; - la gestion des ressources matérielles et leur adéquation aux besoins.	NA		NA	
Prise en compte des avis et recommandations des services d'inspection (maintenance, sécurité d'utilisation, radiovigilance et radioprotection, etc.).	NA			
Interfaces organisées avec les autres secteurs d'activité clinique.	NA			

Référence 34 : L'organisation du don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique.				
Critère	34a : La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus est définie.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Définition de la participation de l'établissement à un réseau de prélèvements d'organes et de tissus.	NA		NA	
Intégration dans les orientations stratégiques de l'établissement.	NA			
Organisation interne de cette participation (procédures, participants, etc.).	NA			
Coordination entre établissements dans le cadre d'un réseau (règles de fonctionnement, charte, etc.).	NA			

Référence 34 : L'organisation du don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique.				
Critère		34b : Les professionnels et le public sont sensibilisés au don d'organes et de tissus.		
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Actions de communication, d'information et de formation auprès des professionnels (éthique, enjeux de santé publique, relations avec l'entourage, réglementation, etc.).	EN PARTIE	Des plaquettes d'information sont mises à la disposition du personnel dans les locaux du service de santé au travail.	B	
Organisation de l'information du public (documents d'information, identification des personnes chargées de l'information, etc.).	OUI			

Référence 34 : L'organisation du don d'organes ou de tissus à visée thérapeutique.				
Critère	34c : Les prélèvements d'organes ou de tissus sont réalisés conformément aux règles de bonnes pratiques.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation adaptée pour réaliser les prélèvements d'organes ou de tissus conformément aux règles de bonnes pratiques.	NA		NA	
Formation des professionnels aux règles de bonnes pratiques (éthique, sécurité sanitaire, etc.).	NA			
Mise en place d'un dispositif (professionnels formés, local adapté, etc.) pour assurer l'information auprès des familles des donneurs.	NA			
Évaluation du respect des règles de bonnes pratiques.	NA			

<b>Référence 35 : Les activités de rééducation et/ou de soutien.</b>				
<b>Critère</b>	<b>35a : La prise en charge pluriprofessionnelle du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et ceux de la rééducation et du soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Prescription écrite, datée et signée systématique pour toute activité de rééducation et de soutien.	OUI		<b>B</b>	
Concertation entre les professionnels de rééducation et/ou de soutien et ceux des secteurs d'activité (réunions pluridisciplinaires, e-mails, fiches de liaison, staffs, etc.).	OUI			
Traçabilité dans le dossier du patient de l'intervention et de la collaboration des différents professionnels.	EN PARTIE	La traçabilité des interventions des différents professionnels n'est pas systématique dans le dossier du patient.		
Évaluation régulière des résultats des activités de rééducation et/ou de soutien (outils de mesure, échelles, etc.) et réajustements.	OUI			

Référence 36 : L'éducation thérapeutique du patient.				
Critère	36a : Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des thèmes d'éducation thérapeutique.	OUI		<b>B</b>	
Programmes d'éducation thérapeutique pour les patients et prise en compte des particularités (mode d'hospitalisation, pathologie, etc.).	EN PARTIE	Des actions d'éducation thérapeutique sont initiées dans certains secteurs, elles ne font pas l'objet d'un véritable programme.		
Adaptation des programmes d'éducation thérapeutique à l'état de santé des patients.	OUI			
Modes de communication facilitant la compréhension et la participation du patient.	OUI			
Organisation pour associer l'entourage au programme d'éducation thérapeutique.	OUI			

<b>Référence 37 : La sortie du patient.</b>				
<b>Critère</b>	<b>37a : Le patient, son entourage et les professionnels intervenant en aval sont associés à la planification de la sortie.</b>			
<b>Éléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Organisation de la sortie en fonction des types de prise en charge (soins ambulatoires, obstétrique, pédiatrie, etc.).	OUI		<b>A</b>	
Prise en compte des besoins de soins et besoins sociaux du patient (logement, aménagements à domicile, etc.).	OUI			
Association du patient et de son entourage à la planification de la sortie (anticipation de la sortie, etc.).	OUI			
Association des professionnels d'aval (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.) dans des délais compatibles avec la continuité des soins.	OUI			

Référence 37 : La sortie du patient.				
Critère	37b : La continuité de la prise en charge après la sortie est organisée, notamment en veillant à la transmission des informations relatives à la prise en charge.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Transmission de l'information aux professionnels d'aval (fiches de liaison, doubles des ordonnances, lettre de sortie, compte rendu d'hospitalisation, etc.).	OUI		<b>B</b>	
Organisation des transferts et adaptation en fonction de l'état du patient.	OUI			
Évaluation de la qualité et des délais de transmission de l'information nécessaire à la continuité des soins.	NON	L'évaluation de la qualité et des délais de transmission de l'information nécessaire à la continuité des soins n'est pas réalisée.		

Référence 38 : La prise en charge du patient en soins palliatifs.				
Critère	38a : La volonté du patient est prise en compte.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Procédure de recueil des volontés et des directives anticipées du patient.	OUI		A	
Respect des volontés du patient (retour à domicile, désignation d'une personne de confiance, etc.).	OUI			
Traçabilité de la volonté du patient dans le dossier.	OUI			
Évaluation du respect de la volonté.	OUI			

Référence 38 : La prise en charge du patient en soins palliatifs.				
Critère	38b : La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie et de son entourage est assurée.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification et prise en charge des besoins spécifiques des patients en fin de vie (oxygène, matelas antiescarres, accompagnement psychologique, etc.).	OUI		A	
Traçabilité dans le dossier du patient de ses besoins spécifiques.	OUI			
Traçabilité dans le dossier du patient des actions menées pour répondre à ses besoins spécifiques (échanges entre professionnels, organisation de la prise en charge à domicile, etc.).	OUI			
Identification et prise en charge des besoins spécifiques de l'entourage du patient en fin de vie.	OUI			

Référence 38 : La prise en charge du patient en soins palliatifs.				
Critère	38c : Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des situations nécessitant un accompagnement psychologique.	OUI		A	
Recueil des besoins des personnels.	OUI			
Organisation pour l'accompagnement des personnels (groupes de parole, aide psychologique individuelle et/ou collective, rotation des professionnels, etc.).	OUI			
Formations spécifiques.	OUI			

Référence 39 : Le décès du patient.				
Critère	39a : Le décès du patient fait l'objet d'une prise en charge adaptée.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation pour contacter les personnes à prévenir en cas d'état critique et/ou en cas de décès (identification des personnes chargées de l'annonce, etc.).	OUI		A	
Organisation lors des décès (constats de décès, locaux adéquats, conduites à tenir formalisées, etc.).	OUI			
Respect des volontés et convictions du défunt.	OUI			

Référence 39 : Le décès du patient.				
Critère	39b : Un accueil et un accompagnement de l'entourage sont assurés.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation pour l'accueil de l'entourage (identification des besoins, etc.).	OUI		A	
Organisation pour l'accompagnement social et pratique de l'entourage (personnes en charge de l'accompagnement, etc.).	OUI			
Organisation pour l'accompagnement psychologique de l'entourage (personnes en charge de l'accompagnement, etc.).	OUI			

<b>Référence 39 : Le décès du patient.</b>				
<b>Critère</b>	<b>39c : Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Identification des situations nécessitant un accompagnement psychologique.	OUI		<b>A</b>	
Recueil des besoins des personnels.	OUI			
Organisation pour l'accompagnement des personnels (groupes de parole, aide psychologique individuelle et/ou collective, rotation des professionnels, etc.).	OUI			
Formations spécifiques inscrites au plan de formation.	OUI			

<b>Actions remarquées par les Experts-Visiteurs concernant le chapitre III – Santé Mentale</b>		
<b>Intitulé de l'action</b>	<b>Objectif</b>	<b>Résultat</b>
L'Equipe mobile psychiatrie précarité « RESPIRE »	Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation précaire, proposer des actions de soutien aux équipes socio-éducatives, assurer la coordination entre les secteurs de psychiatrie et les équipes du secteur sanitaire et social	Equipe bien structurée, inscrite dans le réseau départemental de prise en charge de la précarité, intervenant à la demande auprès des structures médico-sociales et à domicile.
Les consultations « violences en privé »	Prise en charge des situations de dysfonctionnements familiaux et de toutes situations de violence intra-familiales, tant des victimes que des auteurs ou des autres acteurs familiaux	Centre de consultation accueillant les personnes tous les jours dans un lieu neutre (appartement en ville), prises en charges individuelles et familiales par une équipe de psychiatres et de psychologues

## **CHAPITRE IV – ÉVALUATION ET DYNAMIQUES D'AMÉLIORATION**



**A PRATIQUES PROFESSIONNELLES****Référence. 40** : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels

N° de l'Action/programme : 1

Intitulé de l'action/programme : Pertinence de l'hospitalisation au long cours (supérieure à 9 mois)

<b>Référence. 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels.</b>			
<b>Critère</b>	<b>40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.</b>		
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation de l'action</b>
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration	OUI	L'établissement de santé a choisi le thème de la pertinence de l'hospitalisation au long cours en raison de l'aggravation de l'embolisation des lits en lien avec l'absence de solutions d'hébergement en aval et de possibilité de vie en milieu ordinaire. Cette démarche d'évaluation constitue un enjeu majeur pour le Centre Hospitalier Spécialisé de Navarre pour garantir une meilleure disponibilité des lits pour l'accueil des patients en situation de crise.	<b>A</b>
Analyse de l'organisation et des pratiques	OUI	Dans le cadre de la méthode de revue de pertinence des soins appliquée à l'étude des patients hospitalisés depuis plus de 9 mois, l'établissement a constitué un groupe de travail pluriprofessionnel piloté par un médecin. Après validation par les instances, CME et Conseil d'Administration, du choix du thème et de la méthode utilisée, le groupe de travail a élaboré, dans un premier temps, une grille comprenant une liste de critères de pertinence. Dans un second temps, le recueil de données s'est effectué au travers l'analyse de 30 dossiers tirés au sort et correspondant aux critères d'inclusions. L'analyse des résultats a révélé une proportion significative de patients inadéquats avec trois causes principales : un manque de structures adaptées aux besoins des patients ; l'absence ou l'impossibilité d'une aide familiale ; un milieu socio-économique défavorisé.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	OUI	L'analyse de la littérature a retenu deux rapports d'ARH et un article sur l'accompagnement éducatif qui ont constitué la base de l'élaboration de la liste de critères	

Définition d'objectifs d'amélioration	OUI	Suite à l'analyse des résultats, le groupe de travail a proposé des objectifs prévisionnels sur deux axes. Le premier visant à améliorer la prise en charge au long cours des patients et le second à améliorer la concertation entre le CHS de Navarre et les structures médico-sociales.	
Mise en œuvre d'actions d'améliorations	OUI	Les actions mises en place ont consisté en l'utilisation d'une échelle d'évaluation de l'autonomie du patient pour améliorer l'observation des compétences des patients et favoriser au travers de projets thérapeutiques l'autonomie des patients. Par ailleurs, afin d'améliorer les conditions de sortie des patients hospitalisés au long court, l'établissement a développé et réactualisé les conventions de collaboration avec les structures médico-sociales	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	NON	Suite à la mise en place des actions d'amélioration, l'établissement n'a pas encore mis en place d'indicateurs pour mesurer les résultats.	

**A PRATIQUES PROFESSIONNELLE****Référence. 40** : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels

N° de l'Action/programme : 2

Intitulé de l'action/programme : Pertinence de la mise et du maintien en chambre d'isolement

Référence. 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels.			
Critère	40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.		
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration	OUI	Le Centre Hospitalier Spécialisé de Navarre a choisi comme thème la pertinence de la mise et du maintien en chambre d'isolement en raison de la fréquence et des risques liés à cette pratique, de l'hétérogénéité des pratiques en fonction des services et de la survenue d'évènements indésirables. De plus il a été constaté une traçabilité insuffisante dans le dossier patient de cette pratique. Ainsi, la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles sur cette thématique représente pour l'établissement un intérêt majeur d'amélioration du service rendu au patient et de la sécurité des soins.	A
Analyse de l'organisation et des pratiques	OUI	La méthode d'évaluation retenue est celle de l'audit clinique en raison de la nécessité de comparer les pratiques de soins concernant la mise en chambre d'isolement par rapport à une référence existante. Ainsi, un groupe de travail pluridisciplinaire a élaboré une feuille de recueil des données contenant dix-sept critères d'évaluation et a procédé, en juin 2007, à l'analyse rétrospective de 30 dossiers de patients sortis de la chambre d'isolement à la date de l'audit et répartis sur 4 secteurs d'hospitalisation. Le traitement des données recueillies montre des écarts entre les pratiques et le référentiel sur de nombreux critères avec des valeurs attendues de « oui » de 80 %. Le constat a été fait que les écarts étaient principalement liés au manque de traçabilité des actions réalisées autour du patient.	

Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	OUI	Le groupe de travail s'est appuyé sur le référentiel de l'ANAES de juin 1998 relatif à « l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie » afin de constituer les critères d'évaluation	
Définition d'objectifs d'amélioration	OUI	Les objectifs d'amélioration définis portent essentiellement sur les pratiques professionnelles et la traçabilité des actes dans le dossier patient. Le plan d'actions a été validé par la sous commission EPP et la CME au mois de février 2008.	
Mise en œuvre d'actions d'améliorations	OUI	Les actions d'amélioration ont été mise en œuvre en mars 2008 et comprennent, entre autre, la mise en place d'une fiche de prescription médicale d'isolement, d'une fiche d'évaluation médicale de mise en isolement, d'une fiche de surveillance et soins infirmiers spécialement adaptée à la mise en chambre d'isolement et de la mise à jour du protocole institutionnel isolement thérapeutique d'une personne hospitalisée	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	OUI	Le suivi des actions d'amélioration a consisté en la réalisation d'un second audit réparti entre juin et juillet 2008 et réalisé sur l'analyse de 30 dossiers répartis sur cinq unités d'hospitalisation.	

**A PRATIQUES PROFESSIONNELLES****Référence. 40** : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels

N° de l'Action/programme : 3

Intitulé de l'action/programme : Pertinence de la prescription du traitement antipsychotique per os

Référence. 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels.			
Critère	40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.		
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration	EN PARTIE	Un groupe de travail médical a choisi le thème de la prescription du traitement antipsychotique per os en raison de la constatation de pratiques hétérogènes concernant la prescription de cette classe thérapeutique et la traçabilité des informations. Cependant l'enjeu pour l'établissement ainsi que les potentialités d'améliorations n'ont pas été définis.	C
Analyse de l'organisation et des pratiques	EN PARTIE	Afin de réaliser l'évaluation de la pertinence de la prescription du traitement antipsychotique per os, le groupe de travail a choisi la méthode de l'audit clinique et a constitué une liste de sept critères. Par la suite, une étude transversale a été menée sur quarante cinq dossiers sélectionnés par rapport au critère d'inclusion défini préalablement. Bien que les étapes initiales de l'audit clinique aient été respectées, l'analyse des résultats s'est intéressée uniquement à d'autres thématiques comme la surveillance des effets secondaires, la prescription de bilan biologique préalable ou l'intérêt d'une posologie hors AMM.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	OUI	L'analyse de la littérature a retenue comme principales sources pour l'élaboration des critères les Référence médicales opposables (RMO) publiés AFSSAPS en 2003, un article scientifique de l'APA et une conférence de consensus sur les schizophrénies débutantes.	
Définition d'objectifs d'amélioration	NON	En l'absence d'analyse de résultat en cohérence avec la thématique initiale, il n'a pu être défini d'objectifs ou de plan d'actions d'améliorations.	
Mise en œuvre d'actions d'améliorations	NON	En l'absence d'objectifs d'amélioration en cohérence avec la thématique initiale, il n'y a pu y avoir d'actions d'améliorations.	

Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	NON	Aucune mesure de suivi n'a pu être définie.	
--	-----	---	--

**A PRATIQUES PROFESSIONNELLES****Référence. 40** : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels

N° de l'Action/programme : 4

Intitulé de l'action/programme : Pertinence de la prescription et du suivi des bilans biologiques pour les patients sous thymorégulateurs

Référence. 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels.			
Critère	40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.		
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration	OUI	Le Centre Hospitalier Spécialisé de Navarre a choisi comme thème la pertinence de la prescription et du suivi des bilans biologiques sous thymorégulateur en raison de la fréquence des maladies bipolaires pris en charge dans l'établissement, de la fréquence des prescriptions de ces traitements et d'un contexte plus général concernant l'évaluation des feuilles de prescription des examens biologiques.	<b>C</b>

Analyse de l'organisation et des pratiques	EN PARTIE	<p>L'analyse de la pratique s'est déroulée selon la méthode de l'audit clinique ciblé. Le groupe de travail pluridisciplinaire a élaboré une grille de critères, établis principalement à partir du dictionnaire VIDAL et n'incluant que les examens biologiques à réaliser lors de la prescription de thymorégulateurs.</p> <p>L'étude a été réalisée sur les 4 secteurs d'hospitalisation adulte et l'unité intersectorielle d'accueil, du 15 juin au 20 juillet 2007 et a consisté en une évaluation rétrospective de 60 dossiers de patients ayant bénéficié d'un traitement thymorégulateur.</p> <p>L'analyse des résultats a permis de constater des écarts entre les examens biologiques standards préconisés et les pratiques des professionnels, surtout concernant les traitements au lithium.</p> <p>Les causes retenues étaient sur le plan organisationnel le manque de supports pour faciliter le suivi de la réalisation des bilans, la mobilité des patients et sur le plan professionnel la méconnaissance des recommandations en matière de bilans à réaliser et des échéances à respecter.</p> <p>Bien que le déroulement de l'audit clinique réponde aux différentes étapes sur le plan méthodique, il n'existe pas de corrélation avec la thématique initiale de l'évaluation de la pertinence des prescriptions et suivis des bilans biologiques des patients sous thymorégulateur. L'audit clinique réalisé dans cette EPP ne permet pas d'analyser l'adéquation aux besoins de la prescription des examens de laboratoires car ces derniers sont obligatoires..</p>	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	EN PARTIE	Le principal outil de référence en terme bibliographique était le dictionnaire des médicaments VIDAL.	
Définition d'objectifs d'amélioration	NON	En l'absence d'une thématique adéquate aboutissant à l'analyse des pratiques et la mesure d'écarts, il n'y a pu y avoir d'objectifs d'amélioration de définis	
Mise en œuvre d'actions d'améliorations	NON	En l'absence d'une thématique adéquate aboutissant à l'analyse des pratiques et la mesure d'écarts, il n'y a pu y avoir d'objectifs d'amélioration de définis et par conséquent d'actions d'améliorations	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	NON	En l'absence d'une thématique adéquate aboutissant à l'analyse des pratiques et la mesure d'écarts, il n'y a pu y avoir d'actions correctrices et par conséquent des mesures de suivi.	

**Référence. 41 : L'évaluation des risques liés aux soins**

N° de l'Action/programme : 1

Intitulé de l'action/programme : Risques liés au traitement psychotrope administré en intramusculaire dans l'urgence psychiatrique

Référence. 41 : L'évaluation des risques liés aux soins.			
Critère	41a : Les professionnels identifient <i>a priori</i> les actes, processus, pratiques à risque et/ou <i>a posteriori</i> les événements indésirables. Ils mettent en œuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration	EN PARTIE	Bien que les situations d'urgences en psychiatrie représentent un contexte à risque, le choix de l'analyse des risques liés au traitement psychotrope administré en intramusculaire dans l'urgence psychiatrique ne répond pas à une pratique à « risque » mise en place par l'établissement et nécessitant la mise en œuvre par les professionnels de mesures spécifiques pour prévenir la survenue des risques évitables. De plus, ce choix n'est pas légitimé par la survenue d'événements indésirables dans l'établissement liés à cette pratique et qui aurait nécessité l'identification d'événements significatifs afin d'éviter leur récurrence.	C
Analyse de l'organisation et des pratiques	NON	Le groupe de travail n'a pas utilisé de méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et n'a fixé qu'un objectif d'analyse préliminaire des risques.	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	NON	En l'absence de choix d'un thème et d'une méthode pertinente, l'analyse de la littérature n'a pu être réalisée	
Définition d'objectifs d'amélioration	NON	En l'absence de choix d'un thème et d'une méthode pertinente, il n'y a pu y avoir d'analyse d'écart de pratique aboutissant à la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.	
Mise en œuvre d'actions d'améliorations	NON	En l'absence de choix d'un thème et d'une méthode pertinente, il n'y a pu y avoir d'analyse d'écart de pratique aboutissant à la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.	

Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	NON	En l'absence de choix d'un thème et d'une méthode pertinente, il n'y a pu y avoir d'analyse d'écart de pratique aboutissant à la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.	
--	-----	--	--

**Référence. 41 : L'évaluation des risques liés aux soins**

N° de l'Action/programme : 2

Intitulé de l'action/programme : Gestion des risques liés au processus de sortie contre avis médical des patients hospitalisés à la demande d'un tiers

Référence. 41 : L'évaluation des risques liés aux soins.			
Critère	41a : Les professionnels identifient <i>a priori</i> les actes, processus, pratiques à risque et/ou <i>a posteriori</i> les événements indésirables. Ils mettent en œuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.		
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <small>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</small>	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration	OUI	Les sorties contre avis médical des patients en Hospitalisation sur Demande d'un Tiers ont représenté, au Centre Hospitalier Spécialisé de Navarre, 32 sorties sur 423 levées d'HDT pour l'année 2006. Ces modalités de sorties spécifiques peuvent engendrer des risques médico-légaux importants s'il n'existe pas une pratique regroupant toutes les conditions de sécurité adaptées.	A

Analyse de l'organisation et des pratiques	OUI	<p>Afin de déterminer les risques potentiels, l'établissement a élaboré sa démarche d'évaluation des pratiques professionnelles en utilisant la méthode d'Analyse des Modes de Défaillance de leurs Effets et de leur Criticité (AMDEC).</p> <p>Le champ de l'étude incluait tous les patients en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) de l'établissement et les sorties contre avis médical dans le cadre d'une levée de l'HDT. Un groupe pluriprofessionnel, après analyse de la littérature, a élaboré un logigramme déclinant le processus en treize séquences sous la forme d'enchaînement d'actions. A chacune des séquences, des défaillances potentielles ou réelles ont été identifiées en leur attribuant les causes possibles. Ces dernières ont été évaluées selon leur gravité, la probabilité d'occurrence et la probabilité de non détection afin de déterminer leur criticité. Afin de conforter les principaux points critiques, le groupe de travail a effectué une analyse rétrospective de 21 dossiers de patients dont les résultats ont conforté les principales défaillances détectées aux différentes étapes du processus. Au final, quatre domaines de défaillances ont été mis en exergue comprenant la difficulté à joindre le tiers, le manque de traçabilité de l'entretien avec le tiers, le dossier du patient incomplet et le manque d'information des équipes soignantes et médicales.</p>	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	OUI	<p>Une recherche bibliographique, comprenant principalement des textes législatifs et des recommandations de l'HAS de 2001 et 2004, a contribué à la définition des séquences des étapes du processus et à l'élaboration du logigramme.</p>	
Définition d'objectifs d'amélioration	OUI	<p>Les objectifs déclinés en fonction des résultats ont concerné l'amélioration du processus et de la traçabilité de la procédure de sortie contre avis médical en HDT. Le plan d'action a favorisé les actions d'amélioration avec une criticité supérieure ou égale à 6 et pouvant être mis en place dans un délai rapproché et réalisable en termes humains.</p>	

<p>Mise en œuvre d'actions d'améliorations</p>	<p>OUI</p>	<p>Les actions mises en place comprennent l'amélioration de la traçabilité dans le dossier de la vérification du positionnement du tiers pouvant signer l'avis de sortie contre avis médical grâce à la présence d'une copie de la pièce d'identité du signataire de l'avis et d'un entretien psychiatrique systématique réalisé avec ce dernier. De plus afin, de faciliter la mise en place de ces actions d'amélioration, un feuillet « fiche d'entretien avec la tiers demandant la sortie contre avis médical une personne en HDT » a été créé. Par ailleurs, d'autres actions ont été définies dont : un rappel des obligations professionnelles dans le cadre d'une intervention en urgence de soignants dans un autre service ; la mise à disposition des médecins d'un document émanant de l'assureur de l'établissement sur les responsabilités en milieu psychiatrique ; la mise en cohérence les protocoles existants concernant la sortie contre avis médical en HDT avec les actions d'amélioration proposées</p>	
<p>Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).</p>	<p>OUI</p>	<p>De juin à août 2008 une analyse de 8 dossiers a été réalisée pour mesurer les résultats des actions entreprises. Quatre indicateurs de qualité ont été définis : la vérification du positionnement du tiers demandant la sortie contre avis médical d'une personne en HDT ; la vérification de l'identité du tiers ; l'entretien avec le tiers ; la réflexion bénéfice/risque lors d'une sortie contre avis médical,</p>	

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

N° de l'Action/programme : 1

Intitulé de l'action/programme : Les adolescents et jeunes adultes présentant des conduites addictives excluant les conduites addictives à l'alcool, et pris en charge en extra-hospitalier

Référence. 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux.			
Critère 42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration	OUI	La prise en charge extra-hospitalière des adolescents et jeunes adultes présentant des conduites addictives, en dehors de l'alcool, constitue un problème de santé pour l'établissement. Elle nécessite une évaluation afin de clarifier et formaliser la prise en charge des addictions et créer des liens entre les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales.	C
Analyse de l'organisation et des pratiques	EN PARTIE	La méthode retenue, pour réaliser l'évaluation des pratiques professionnelles concernant ce type de prise en charge, a été celle du chemin clinique. Dans un premier temps, un groupe pluriprofessionnel a analysé les processus de prise en charge de quatre secteurs s'occupant d'adolescents et de jeunes adultes présentant des conduites addictives. Ces processus ont été formalisés sous la forme de logigrammes et cette étape a permis de déceler des difficultés en termes de communication entre institutions, d'élaboration d'un chemin clinique « idéal » commun à tous les secteurs et de passage de l'information entre intervenants. Ces difficultés soulevées n'ont pas permis au groupe de décliner les autres étapes du chemin clinique à savoir la construction du chemin clinique de référence après analyse de la littérature et de définir les résultats attendus à la fin de chaque séquence de soins et d'évaluer des écarts de pratiques au niveau des structures et d'identifier les causes permettant ultérieurement la mise en place d'un plan d'actions	

Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	OUI	Une revue de la littérature a été réalisée et une publication de l'INSERM sur les troubles dans les conduites addictives des adolescents ainsi que des articles de la revue du praticien sur les addictions ont servi de base de réflexion.	
Définition d'objectifs d'amélioration	NON	En l'absence de finalisation d'un chemin clinique il n'a pu être défini d'objectifs d'amélioration concernant cette démarche d'EPP	
Mise en œuvre d'actions d'améliorations	NON	En l'absence de finalisation d'un chemin clinique il n'a pu être défini d'actions d'améliorations concernant cette démarche d'EPP	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	NON	En l'absence de finalisation d'un chemin clinique il n'a pu être défini d'actions d'améliorations et par conséquent de mesure des résultats.	

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

N° de l'Action/programme : 2

Intitulé de l'action/programme : Prise en charge des enfants présentant des troubles envahissants du développement, dont l'autisme en hôpital de jour

Référence. 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux.			
Critère	42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.		
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation de l'action
Choix d'une thématique porteuse de potentialités d'amélioration	OUI	L'établissement de santé a fait le choix d'évaluer la prise en charge des enfants présentant des troubles envahissant du développement, dont l'autisme, en hôpital de jour. Cette thématique a été initialement retenue en raison de la nécessité d'améliorer les liens avec le Centre Ressources Autiste (CRA) de Haute Normandie dans le cadre de la prise en charge de ces pathologies. De plus, les deux hôpitaux de jour admettent en moyenne 12 enfants par an dont 30% ont des troubles envahissants du développement dont l'autisme et présentent des variabilités de prise en charge.	<b>A</b>

Analyse de l'organisation et des pratiques	OUI	<p>La méthode retenue pour la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles est celle du chemin clinique.</p> <p>Un groupe de travail, comprenant les différents professionnels intervenant dans la prise en charge des enfants, a initialement défini le type de patients concernés par le processus à savoir les troubles envahissants du développement. Les étapes ultérieures comprenaient le recueil de la documentation sur ce thème, la description du processus de prise en charge réalisé dans les hôpitaux de jour, l'analyse de chaque étape de la prise en charge, l'étude bibliographique et la définition de la prise en charge optimale et efficiente afin de construire le chemin clinique. Cinq étapes du processus ont été identifiées commençant par la première évaluation clinique puis suivie chronologiquement par une évaluation pluridisciplinaire, l'indication d'hôpital de jour (HJ), l'admission en HJ et enfin la prise en charge en HJ. Le chemin clinique a été présenté sous forme de logigramme.</p>	
Positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes, etc.).	OUI	<p>Une abondante revue de la littérature a été réalisée afin de documenter la réflexion sur l'élaboration du chemin clinique type. Parmi les références bibliographiques citées, il existe de nombreuses références aux textes de loi, un rapport de 2003 sur la psychiatrie et santé mentale, des recommandations issues de l'HAS dont les recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme élaborée par la Fédération française de psychiatrie en partenariat avec la HAS de juin 2005</p>	
Définition d'objectifs d'amélioration	OUI	<p>Au regard des écarts de pratiques, un plan d'action a été élaboré en s'appuyant sur les objectifs suivants : réduire le délai entre la décision de prise en charge en hôpital de jour et l'admission ; conforter le diagnostic médical ; travailler la synergie entre les soignants (CMP/hôpital de jour) et l'alliance avec la famille. ; harmoniser les pratiques des hôpitaux de jour d'Evreux et de Louviers</p>	

Mise en œuvre d'actions d'améliorations	OUI	<p>Les principales actions d'améliorations mises en place concernent une formalisation du chemin clinique dans les hôpitaux de jour en déclinant cinq étapes clés dans la planification des soins (Proposer une pré-admission en hôpital de jour avant la réception des résultats des différents bilans demandés ; Définir et formaliser la période de pré-admission ; Présenter le dossier de l'enfant par le médecin prescripteur à l'hôpital de jour ; Définir le moment de transfert du dossier entre le médecin prescripteur et le médecin référent de l'hôpital de jour ; Revoir la chronologie de la nomination du soignant référent pour qu'elle soit identique dans toutes les prises en charge).</p> <p>De plus le groupe a mis en place les outils du chemin clinique dont le dossier patient spécifique à la Pédopsychiatrie, la une grille d'évaluation de la période d'observation, le planning des prévisions de disponibilités et des places disponibles dans les deux hôpitaux de jour et la procédure d'admission</p>	
Mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs ou toute autre modalité de suivi adaptée au cas de figure).	EN PARTIE	Le groupe de travail a effectué une évaluation de quatre dossiers en mai 2008 afin de vérifier si le chemin clinique était bien respecté et de mesurer le délai d'admission entre l'indication en hôpital de jour et la pré-admission. Il reste à déterminer des indicateurs de qualité pour mesurer l'efficacité des actions d'amélioration mises en place	

**B LES USAGERS ET LES CORRESPONDANTS EXTERNES**

<b>Référence 43 : L'évaluation de la satisfaction du patient, de son entourage et des correspondants externes.</b>				
<b>Critère</b>	<b>43a : Le recueil de la satisfaction, les réclamations et les plaintes des patients et de leur entourage sont suivis d'actions d'amélioration.</b>			
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Recueil de la satisfaction des patients et de leur entourage.	En partie	La satisfaction du patient est évaluée au travers des questionnaires de sortie, dont le taux de retour est faible et l'analyse des réclamations et des plaintes. La dernière enquête de satisfaction remonte à 2005. L'établissement n'a pas mis en œuvre d'action en vue d'évaluer la satisfaction des patients en ambulatoire (CMP)	<b>B</b>	
Recueil des plaintes et réclamations (réception, centralisation, identification, etc.).	Oui			
Analyse à périodicité définie des données recueillies.	Oui			
Mise en œuvre et suivi des actions d'amélioration.	En partie	Des actions d'amélioration sont mises en œuvre mais leur impact n'est pas toujours évalué.		
Communication des résultats et de l'efficacité des actions aux patients et aux professionnels.	En partie	Les résultats de l'enquête 2005 ont été transmis aux patients et aux professionnels. Les résultats issus de l'analyse des questionnaires sont transmis aux responsables des secteurs d'activité et aux directeurs. Il n'y a pas d'action de communication spécifique sur les actions mises en œuvre et leur efficacité.		

Référence 43 : L'évaluation de la satisfaction du patient, de son entourage et des correspondants externes.				
Critère	43b : Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Mesure et analyse à périodicité définie des délais d'attente (justification, critères, etc.).	En partie	Les délais d'attente, tant pour l'hospitalisation que pour les prises en charge ambulatoires, ne sont pas évalués de façon formelle. Le rapport annuel de gestion permet d'analyser les différents facteurs pouvant avoir une conséquence en termes de délais avant hospitalisation ou avant rendez-vous au CMP. Une enquête relative aux délais d'obtention de rendez-vous en CMP a été menée sur un secteur en 2005-2006.	<b>C</b>	L'établissement a prévu de renouveler l'enquête de 2005, étendue à l'ensemble des secteurs et de poser des indicateurs permettant le suivi des délais d'attente.
Mise en œuvre des actions d'amélioration.	En partie	Des actions d'améliorations ont été mises en œuvre : premier entretien infirmier, priorisation des demandes émanant des services d'urgence ou de l'UIA pour l'obtention d'un rendez-vous au CMP, réponders téléphoniques dans les CMP. Ces mesures ont été déterminées de façon intuitive, sans lien direct avec une analyse des délais d'attente.		
Communication des résultats et de l'efficacité des actions aux patients et aux professionnels.	En partie	Les résultats de l'enquête ont été diffusés au secteur concerné. Il n'y a pas eu d'autre action de communication sur ce thème.		

Référence 43 : L'évaluation de la satisfaction du patient, de son entourage et des correspondants externes.				
Critère	43c : La satisfaction des correspondants externes est évaluée et prise en compte.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil de la satisfaction des correspondants externes à périodicité définie.	Non	L'établissement n'a pas mené d'action spécifique en vue de recueillir la satisfaction des correspondants externes.	<b>D</b>	L'établissement prévoit de procéder à une enquête d'image (projet d'établissement 2006-2010)
Analyse des données recueillies.	Non	L'établissement n'a pas mené d'action spécifique en vue de recueillir la satisfaction des correspondants externes.		
Mise en œuvre et suivi des actions d'amélioration.	En partie	Un cadre supérieur de santé a été missionné pour être l'interlocuteur référent auprès des structures médico-sociales.		
Communication des résultats et de l'efficacité des actions aux correspondants externes et aux professionnels de l'établissement.	Non			

**C POLITIQUES ET MANAGEMENT**

Référence 44 : L'évaluation des politiques et du management.				
Critère 44a : Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre.				
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif d'évaluation de la politique de GRH (indicateurs pertinents, bilan social, etc.).	OUI		<b>C</b>	Une enquête de satisfaction des personnels est planifiée.
Dispositif de recueil de la satisfaction (enquêtes de satisfaction réalisées à périodicité définie, enquêtes d'opinion, audits sociaux, etc.).	EN PARTIE	Des actions ponctuelles de recueil de la satisfaction des personnels sont réalisées. Elles ne s'inscrivent pas dans un dispositif préalablement défini. La dernière enquête de satisfaction remonte à 2005.		
Analyse et prise en compte des résultats d'évaluation en concertation avec les instances et partenaires sociaux.	EN PARTIE	Des points d'étape sont réalisés en instances et lors des rencontres avec les partenaires sociaux. Les résultats obtenus ont permis de mettre en œuvre les projets suivants: dispositif de notation, guide des droits et autorisations à congés, suivi du CLACT.		

Référence 44 : L'évaluation des politiques et du management.				
Critère	44b : Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil de l'avis des utilisateurs (questionnaires de satisfaction, enquêtes d'opinion, réunions de service, comité utilisateurs, etc.).	EN PARTIE	Le recueil de l'avis des utilisateurs est ponctuel, il n'est réalisé qu'à l'occasion de réunions ou commissions, sans audit ou questionnaire spécifique.	C	Différents audits sont planifiés, ils concernent notamment les DASRI et le service blanchisserie
Évaluation des différentes prestations logistiques.	EN PARTIE	Les prestations logistiques sont réalisées partiellement par le biais du recueil des événements indésirables. La mise en place d'indicateurs est en cours de développement. Pour les fonctions restauration et blanchisserie, cette évaluation s'exerce en interne au moyen de leur système d'assurance qualité (HACCP et RABC) Pour les autres prestations logistiques, il n'existe pas d'évaluation structurée.		
Mise en œuvre d'actions d'amélioration (révision de contrat avec les prestataires externes, etc.).	EN PARTIE	Les actions d'amélioration mises en œuvre concernent essentiellement les prestataires extérieurs. Les actions d'amélioration des prestations internes restent ponctuelles.		

Référence 44 : L'évaluation des politiques et du management.				
Critère	44c : Une évaluation du système d'information est mise en œuvre.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Recueil des dysfonctionnements du SI.	EN PARTIE	Le recueil des dysfonctionnements du système d'information est organisé mais ne s'effectue que par la hot line d'un autre établissement.	<b>C</b>	Un état des lieux est réalisé et le schéma directeur du système d'information est en cours d'élaboration.
Analyse des résultats d'évaluation.	NON	Il n'existe pas à l'heure actuelle d'analyse des résultats d'évaluation.		
Mise en œuvre d'actions d'amélioration.	EN PARTIE	Un état de lieux a été réalisé en juin 2008 par le CHIES, mais les actions ne sont pas encore mise en œuvre.		

Référence 44 : L'évaluation des politiques et du management.				
Critère	44d : L'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Évaluation périodique de l'atteinte des objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité.	EN PARTIE	L'évaluation de l'atteinte des objectifs du PAQ n'est pas organisée et les indicateurs ne sont que partiellement définis.	<b>C</b>	
Évaluation périodique de l'efficacité du programme de gestion des risques et de veille sanitaire.	EN PARTIE	L'évaluation périodique en termes d'efficacité concerne essentiellement le programme CLIN ainsi que les veilles sanitaires. Concernant les autres risques cette évaluation est encore à l'état de projet.		
Réajustement des programmes.	OUI			
Communication des résultats.	OUI			

Référence 44 : L'évaluation des politiques et du management.				
Critère	44e : Les objectifs déterminés dans les orientations stratégiques font l'objet d'un suivi, d'une évaluation et d'une communication interne.			
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Suivi des objectifs déterminés dans les orientations stratégiques.	OUI		<b>B</b>	
Analyse et exploitation des données.	OUI			
Réajustement des objectifs.	OUI			
Communication interne à périodicité définie (sélection des résultats, destinataires, supports, etc.).	EN PARTIE	Les instances sont régulièrement informées du suivi des objectifs. La communication interne n'est pas formalisée.		

Référence 44 : L'évaluation des politiques et du management.				
Critère		44f : La direction et les instances disposent d'éléments permettant des comparaisons avec des établissements similaires.		
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification d'éléments standardisés permettant les comparaisons (données du PMSI et de la SAE, etc.).	OUI		B	
Recensement d'éléments spécifiques ou qualitatifs permettant les comparaisons (projets managériaux partagés, rapports annuels fédéraux, etc.).	EN PARTIE	L'établissement dispose d'éléments de comparaison essentiellement quantitatifs, les éléments de comparaison qualitatifs sont peu		
Recueil et analyse des éléments de comparaison, d'interprétation des résultats et de décision de réajustement des écarts.	OUI			

**Actions remarquées par les experts-visiteurs concernant le chapitre IV**

<b>Intitulé de l'action</b>	<b>Objectif</b>	<b>Résultat</b>

**PARTIE 3 - DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

### PARTIE 3

---

#### DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

---

##### Certification avec suivi

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

- 19 d (Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable grave lors de sa prise en charge).
- 24 d (La restriction de liberté de circulation du patient fait l'objet d'une information au patient et à son entourage, d'une prescription médicale écrite et d'une réévaluation périodique)
- 28 b (L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie).
- 31 a (Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées) ; 31 c (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte).

Ces points feront l'objet d'une **visite de suivi dans un délai de 12 mois**.

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

- 02 b (Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite).
- 09 a (Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en restauration) ; 09 b (Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en blanchisserie et dans le circuit de traitement du linge).
- 10 d (Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé).
- 19 c (Le patient désigne les personnes qu'il souhaite voir informer).
- 21 b (Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge).
- 24 b (Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité).
- 26 a (La prise en charge de la douleur est assurée) ; 26b (Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement).
- 29 c (La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais).

- 30 b (Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies) ; 30 c (La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais).
- 40 (La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée (actions n°3 et 4)).
- 41 (Les professionnels identifient *a priori* les actes, processus, pratiques à risque et/ou *a posteriori* les événements indésirables. Ils mettent en œuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables (action n°1)).
- 42 (La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation (action n°1)).
- 43 b (Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises) ; 43 c (La satisfaction des correspondants externes est évaluée et prise en compte).
- 44 a (Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre) ; 44 b (Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs) ; 44 c (Une évaluation du système d'information est mise en œuvre) ; 44 d (L'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée)

## INDEX

<b>AES :</b>	Accident d'exposition au sang	<b>CATTP :</b>	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
<b>AFS :</b>	Agence française du sang	<b>CCLIN :</b>	Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
<b>AFSSA :</b>	Agence française de sécurité sanitaire des aliments	<b>CCM :</b>	Commission consultative médicale
<b>AFSSAPS :</b>	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	<b>CCMU :</b>	Classification clinique des malades aux urgences
<b>ANDEM :</b>	Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale	<b>CCPPRB :</b>	Comité consultatif pour la protection des personnes dans la recherche biomédicale
<b>ANDRA :</b>	Agence nationale pour la gestion des déchets radioactifs	<b>CDAM :</b>	Catalogue des actes médicaux
<b>AP :</b>	Atelier protégé	<b>CE :</b>	Comité d'entreprise
<b>ARECLIN :</b>	Association régionale des comités de lutte contre les infections nosocomiales	<b>CEDPA :</b>	Cellule d'évaluation de la dépendance chez la personne âgée
<b>ARH :</b>	Agence régionale de l'hospitalisation	<b>CEME :</b>	Commission d'évaluation médicale de l'établissement
<b>ARTT :</b>	Aménagement de la réduction du temps de travail	<b>CESF :</b>	Conseillère en économie sociale et familiale
<b>AS :</b>	Aide-soignante	<b>CGSH :</b>	Comité de gestion du service informatique d'hospitalisation
<b>ASH :</b>	Agent des services hospitaliers	<b>CH :</b>	Centre hospitalier
<b>ASHQ :</b>	Agent des services hospitaliers qualifié	<b>CHR :</b>	Centre hospitalier régional
<b>AVC :</b>	Accident vasculaire cérébral	<b>CHRS :</b>	Centre d'hébergement et de réadaptation spécialisé
<b>BDSF :</b>	Banque de données statistiques et financières	<b>CHS :</b>	Centre hospitalier spécialisé
<b>BMR :</b>	Bactéries multirésistantes	<b>CHSCT :</b>	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
<b>BO :</b>	Bulletin officiel	<b>CHU :</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CA :</b>	Conseil d'administration	<b>CIM :</b>	Classification internationale des maladies
<b>CAF :</b>	Caisse d'allocations familiales	<b>CLAN :</b>	Comité de liaison alimentation et nutrition
<b>CAMSP :</b>	Centre d'action médico-sociale précoce	<b>CLCC :</b>	Centre de lutte contre le cancer
<b>CAMPS* :</b>	Centrale d'approvisionnement en matériel pharmaceutique stérile		
<b>CAT :</b>	Centre d'aide par le travail		

<b>CLIC :</b>	Centre local d'information et de coordination	<b>CROSS :</b>	Comité régional d'organisation sanitaire et sociale
<b>CLIN :</b>	Comité de lutte contre les infections nosocomiales	<b>CRPV :</b>	Centre régional de pharmacovigilance
<b>CLSSI :</b>	Commission locale du service de soins infirmiers	<b>CRUQ :</b>	Commission de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
<b>CLUD :</b>	Comité de lutte contre la douleur	<b>CSP :</b>	Code de la santé publique
<b>CMA :</b>	Comorbidité associée	<b>CSSI :</b>	Commission du service de soins infirmiers
<b>CMC :</b>	Catégorie majeure clinique	<b>CSTH :</b>	Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance
<b>CMD :</b>	Catégorie majeure de diagnostic	<b>CTE :</b>	Comité technique d'établissement
<b>CME :</b>	Commission médicale d'établissement (publique)	<b>CTEL :</b>	Comité technique d'établissement
<b>CME :</b>	Conférence médicale d'établissement (privée)	<b>CTS :</b>	Centre de transfusion sanguine
<b>CMP :</b>	Centre médicopsychologique	<b>DACQ :</b>	Démarche d'amélioration continue de la qualité
<b>CMU :</b>	Couverture maladie universelle	<b>DAETB :</b>	Direction des affaires économiques, techniques et biomédicales
<b>CNAM :</b>	Caisse nationale d'assurance-maladie	<b>DAF :</b>	Direction des affaires financières
<b>CNIL :</b>	Commission nationale informatique et libertés	<b>DAFSI :</b>	Direction des affaires financières et du système d'information
<b>CNMBRDP :</b>	Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal	<b>DAMR :</b>	Direction des affaires médicales et de la recherche
<b>COM :</b>	Contrat d'objectifs et de moyens	<b>DAR :</b>	Département d'anesthésie réanimation
<b>COMAIB :</b>	Commission médicoadministrative de l'informatique et de la bureautique	<b>DARH :</b>	Directeur d'agence régionale de l'hospitalisation
<b>COMEDIMS :</b>	Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles	<b>DASRI :</b>	Déchets d'activité de soins à risque infectieux
<b>COQ :</b>	Comité d'organisation qualité	<b>DDAF :</b>	Direction départementale de l'agriculture et des forêts
<b>COTOREP :</b>	Comité technique d'orientation et de reclassement professionnel	<b>DDASS :</b>	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
<b>COTRIM :</b>	Comité technique régional de l'information médicale	<b>DDE :</b>	Direction départementale des équipements
<b>CPAM :</b>	Caisse primaire d'assurance-maladie	<b>DES :</b>	Direction des services économiques
<b>CPS :</b>	Carte de professionnel de santé	<b>DGCCRF :</b>	Direction générale de la consommation de la concurrence et de la répression des fraudes
<b>CQAGR :</b>	Comité qualité, accréditation et gestion des risques	<b>DGS :</b>	Direction générale de la santé
<b>CRAM :</b>	Caisse régionale d'assurance-maladie	<b>DHOS :</b>	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
<b>CRIH :</b>	Centre régional d'informatique hospitalier		
<b>CRLCC :</b>	Centre régional de lutte contre le cancer		

<b>DIL :</b>	Direction de l'ingénierie et de la logistique	<b>EFS :</b>	Établissement français du sang
<b>DIM :</b>	Département d'information médicale	<b>EHPAD :</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>DIVLD :</b>	Dispositif intravasculaire de longue durée	<b>EIDLIN :</b>	Équipe interdépartementale de lutte contre l'infection nosocomiale
<b>DM :</b>	Dispositif médical	<b>EMG :</b>	Électromyogramme
<b>DMS :</b>	Durée moyenne de séjour	<b>ENC :</b>	Échelle nationale de coûts
<b>DOMES :</b>	Données médicales, économiques et sociales	<b>EOH :</b>	Équipe opérationnelle d'hygiène
<b>DOQ :</b>	Directeur organisation qualité	<b>EOHH :</b>	Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
<b>DPA :</b>	Dialyse péritonéale automatisée	<b>EPU :</b>	Enseignement POSTuniversitaire
<b>DPCA :</b>	Dialyse péritonéale continue ambulatoire	<b>ES :</b>	Établissement de santé
<b>DPRSCT :</b>	Direction du personnel, des relations sociales et des conditions de travail	<b>ESB :</b>	Encéphalopathie spongiforme bovine
<b>DRASS :</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales	<b>ESH :</b>	Employé des services hospitaliers
<b>DRH :</b>	Direction des ressources humaines	<b>ETP :</b>	Emploi temps partiel
<b>DRIRE :</b>	Délégation régionale à l'industrie, à la recherche et à l'environnement	<b>ETS :</b>	Établissement de transfusion sanguine
<b>DSSI :</b>	Direction du service de soins infirmiers	<b>ETO :</b>	Échographie transœsophagienne
<b>DSIO :</b>	Direction du service informatique et de l'organisation	<b>ETS :</b>	Établissements de transfusion sanguine
<b>DSV :</b>	Direction des services vétérinaires	<b>GBEA :</b>	Guide de bonne exécution des analyses médicales
<b>DU :</b>	Diplôme universitaire	<b>GEMSA :</b>	Groupe d'étude multicentrique des services d'accueil
<b>DURQ :</b>	Direction des usagers, des risques et de la qualité	<b>GHJ :</b>	Groupe homogène de journées
<b>EBLSE :</b>	Entérobactérie bêtalactamase à spectre élargi	<b>GHM :</b>	Groupes homogènes de malades
<b>ECE :</b>	Équipe centrale d'entretien	<b>GIE :</b>	Groupement d'intérêt économique
<b>ECG :</b>	Électrocardiogramme	<b>GIP :</b>	Groupement d'intérêt professionnel
<b>ECHEL :</b>	Équipe centralisée d'hygiène et d'entretien des locaux	<b>GMAO :</b>	Gestion de maintenance assistée par ordinateur
<b>ECT :</b>	Électroconvulsivothérapie (remplace sismothérapie, électrochoc)	<b>GPEC :</b>	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
<b>EEG :</b>	Électroencéphalogramme	<b>GCS :</b>	Groupement de coopération sanitaire
<b>EFG :</b>	Établissement français des greffes	<b>HACCP :</b>	<i>Hazard analysis control critical point</i> (analyse des risques et maîtrise des points critiques)
<b>EFR :</b>	Épreuves fonctionnelles respiratoires	<b>HAS :</b>	Haute Autorité de Santé

<b>HDJ</b>	Hôpital de jour	<b>MKDE</b>	Masseur-kinésithérapeute diplômé d'État
<b>HDT</b>	Hospitalisation à la demande d'un tiers	<b>MOF</b>	Manuel d'organisation et de fonctionnement
<b>HIV</b>	<i>Human immunodeficiency virus</i>	<b>MPR</b>	Médecine physique et réadaptation
<b>HO</b>	Hospitalisation d'office	<b>MRIICE</b>	Mission régionale et interdépartementale d'inspection de contrôle et d'évaluation
<b>IADE</b>	Infirmière anesthésiste diplômée d'État	<b>NGAP</b>	Nomenclature générale des actes professionnels
<b>IAO</b>	Infirmière d'accueil et d'orientation	<b>NIP</b>	Numéro d'identification permanent
<b>IASS</b>	Inspecteur des affaires sanitaires et sociales	<b>NPP</b>	Numéro patient permanent
<b>IBODE</b>	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État	<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ICR</b>	Indice de coût relatif	<b>OPRI</b>	Office de protection contre les radiations ionisantes
<b>IDE</b>	Infirmière diplômée d'État	<b>OQN</b>	Objectifs quantifiés nationaux
<b>IFSI</b>	Institut de formation en soins infirmiers	<b>PAC</b>	Praticien associé contractuel
<b>IGEQSI</b>	Indicateurs globaux d'évaluation de la qualité des soins infirmiers	<b>PAQ</b>	Programme d'amélioration de la qualité
<b>IGH</b>	Immeuble de grande hauteur	<b>PASS</b>	Permanence d'accès aux soins de santé
<b>IME</b>	Institut médicoéducatif	<b>PCA</b>	<i>Patient controled analgesia</i> (pompes analgésiques contrôlées)
<b>IMP</b>	Institut médicopédagogique	<b>PCEA</b>	<i>Patient controled epidural analgesia</i>
<b>IMPRO</b>	Institut médicoprofessionnel	<b>PCS</b>	Poste central de sécurité
<b>IRM</b>	Imagerie par résonance magnétique	<b>PFC</b>	Produits frais congelés
<b>ISA</b>	Indice synthétique d'activité	<b>PFT</b>	Placement familial thérapeutique
<b>ISO</b>	<i>International standard organization</i>	<b>PHISP</b>	Pharmacien inspecteur de santé publique
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse	<b>PME</b>	Projet médical d'établissement
<b>JO</b>	<i>Journal officiel</i>	<b>PMI</b>	Protection materno-infantile
<b>MAHOS</b>	Mesure de l'activité hospitalière	<b>PMO</b>	Prélèvement multiorgane
<b>MAPAD</b>	Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes	<b>PMSI</b>	Programme de médicalisation du système d'information
<b>MAS</b>	Maison d'accueil spécialisée	<b>POSU</b>	Pôle spécialisé d'urgence
<b>MCJ</b>	Maladie de Creutzfeldt-Jakob	<b>PRN</b>	Projet de recherche en nursing
<b>MCO</b>	Médecine, chirurgie, obstétrique	<b>PSL</b>	Produit sanguin labile
<b>MDS</b>	Médicament dérivé du sang	<b>PUI</b>	Pharmacie à usage intérieur
<b>MFQ</b>	Mouvement français de la qualité	<b>RABC</b>	<i>Risk analysis biocontamination control</i>
<b>MGEN</b>	Mutuelle générale de l'Éducation nationale		
<b>MISP</b>	Médecin inspecteur de santé publique		

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