



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

**Centre de Réadaptation Fonctionnelle Ernest Bretegnier**

14 rue du Docteur Gaulier 70400 HERICOURT

U& à^ACE

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b>	<b>4</b>
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
<b>1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>8</b>
<b>2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>11</b>
1. Niveau de certification	12
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	13
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	14
4. Critères investigués lors de la visite de certification	15
5. Suivi de la décision	16
<b>3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS</b>	<b>17</b>
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	20
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	21
3. Regard Patient	22
<b>4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	<b>23</b>
<b>5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITÈRE</b>	<b>26</b>
<b>CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>27</b>
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE	28
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	51
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS	85
<b>CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	<b>114</b>
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	115

PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT	140
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	150
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	199
PARTIE 5. EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	222
<b>* . BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE</b>	<b>231</b>

# PREAMBULE

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

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

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

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

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

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

Elle ne note pas les professionnels de santé.

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

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

Le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale d'Hospitalisation, Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale d'Hospitalisation/Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

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

Les niveaux de certification sont les suivants :

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

Les décisions et les rapports de certification sont tous rendus publics sur le site internet de la Haute Autorité de Santé, <http://www.has-sante.fr>.

Il revient aux établissements de santé d'en assurer la plus large publicité en interne et en externe, (notamment par le biais de leur site internet).

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

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

# 1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT



# Centre de Réadaptation Fonctionnelle Ernest Bretegnier

Adresse : 14 rue du Docteur Gaulier 70400 HERICOURT

Site internet de l'établissement : [www.fondation-arcenciel.fr](http://www.fondation-arcenciel.fr)

Statut : Etablissement de Santé Privé d' Intérêt Collectif (ex PSPH).

Type d'établissement : Soins de Suite et de Réadaptation

Type de Prise en charge	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places en ambulatoire
MCO		
SM		
SSR	92	25
SLD		
HAD		

Nombre de sites :	1
Activités principales :	Réadaptation fonctionnelle, soins de suite (états végétatifs).
Activités de soins soumises à autorisation :	Activité de soins de suite et de réadaptation.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité :	

Réorganisation de l'offre de soins

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements  
(Principales conventions, réseaux, GCS) :

Convention cadre avec le Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard,  
Convention avec le CHU de Besançon,  
Convention avec les Hospices Civils de Colmar,  
Conventions avec des cliniques privées situées à Montbéliard, Belfort, Vesoul et Besançon.

Regroupement / Fusion :

Arrêt ou fermeture d'activités :

Créations d'activités nouvelles ou reconversions :

Création d'une activité nouvelle dans la prise en charge des E.V.C.(Etat Végétatif chronique) - E.P.R. (Etat Pauci - Relationnel).

## 2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## **1. Niveau de certification**

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport issus de la visite sur site, la Haute Autorité de Santé prononce la certification.

## **2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire**

Compte tenu des informations issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité Sanitaire de la fiche interface HAS / ARS, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé . L'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

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

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

L'établissement a participé en 2009 au recueil de l'indicateur (optionnel dans le secteur du S.S.R.) Taçabilité de l'évaluation du risque d'escarre.

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

La visite de certification s'est déroulée du 22 juin 2010 au 24 juin 2010.

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

##### **MANAGEMENT STRATEGIQUE**

1a, 1d, 1f, 2e

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

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

##### **MANAGEMENT DE LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS**

8b, 8f, 8g, 8h, 8i, 8k, 9a

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

10d-SSR, 10e-SSR, 11b-SSR, 11c-SSR, 12a-SSR, 13a-SSR

##### **GESTION DES DONNEES DU PATIENT**

14a-SSR, 14b-SSR, 15a-SSR

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

19a-les personnes âgées, 19b-SSR, 20a-SSR, 20b-SSR, 22a-SSR, 22b, 24a-SSR

##### **PRISES EN CHARGE SPECIFIQUE**

27a

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

28a, 28b, 28c

## **5. Suivi de la décision**

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité.



### 3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

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

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

## Ensemble des thématiques du manuel

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

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

Ces parties constituent les thématiques qui ont été retenues pour construire un graphique en radar sur la base du score moyen obtenu par l'établissement pour chacune de ces thématiques. Ce score est ensuite comparé à la moyenne du score obtenu par les établissements de sa catégorie. Lorsque le score atteint 90%, la thématique concernée est signalée comme un point fort de l'établissement.

## Pratiques exigibles prioritaires

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

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

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

- Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (1f)
- Fonction « gestion des risques » (8b),
- Gestion des événements indésirables (8f),
- Maîtrise du risque infectieux (8g),
- Système de gestion des plaintes et réclamations (9a),
- Prise en charge de la douleur (12a),
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13a),
- Gestion du dossier patient (14a),
- Accès du patient à son dossier (14b),
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15a),
- Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient (20a),
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25a),
- Organisation du bloc opératoire (26a),

Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement. Ce score est ensuite comparé à la moyenne du score obtenu par les établissements de sa catégorie.

### Critères sélectionnés par les représentants des usagers

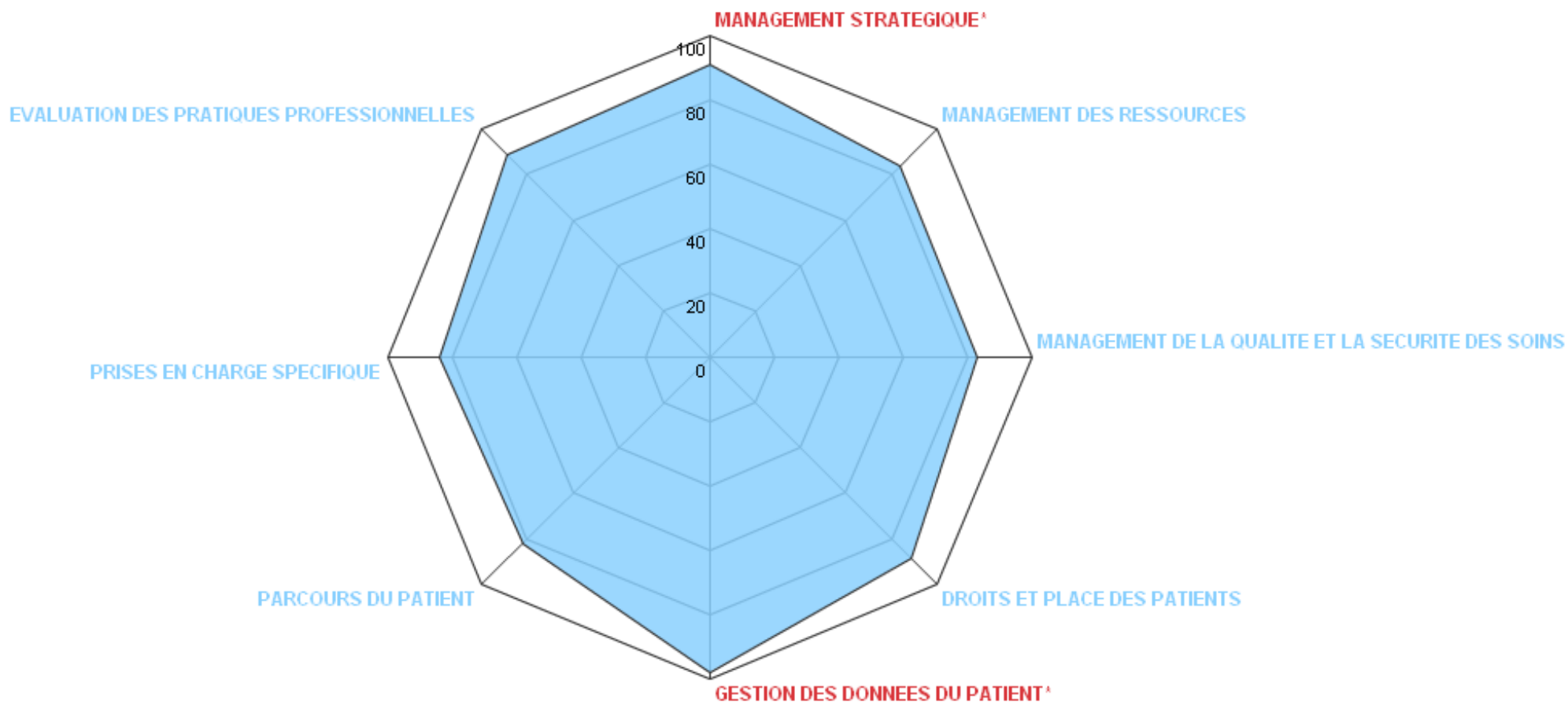
Le troisième graphique présente, sous forme d'histogramme, les scores obtenus sur des critères sélectionnés par les représentants des associations d'usagers comme répondant à des attentes prioritaires en matière de prise en charge du patient :

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

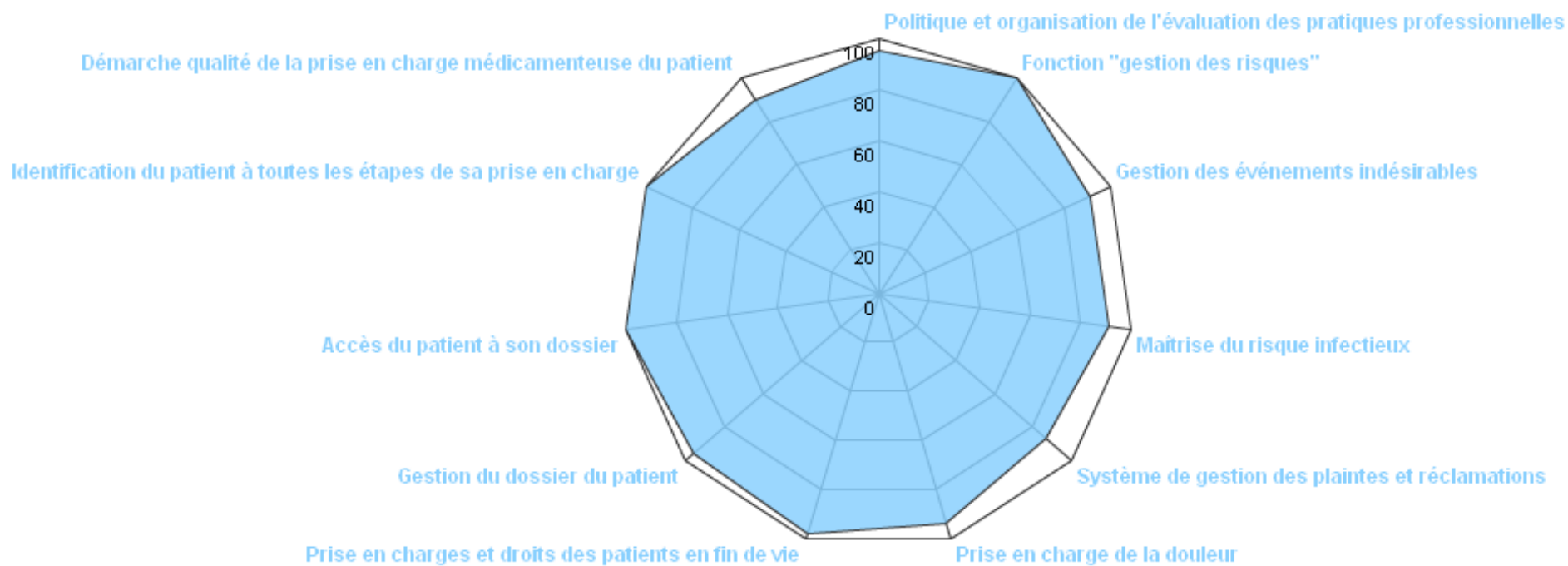
Lorsque l'établissement comprend plusieurs types de prise en charge, le graphique présente le résultat obtenu pour chacun de ces critères et pour chacune des prises en charge.

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

\*En rouge les points forts ( $\geq 90\%$ )

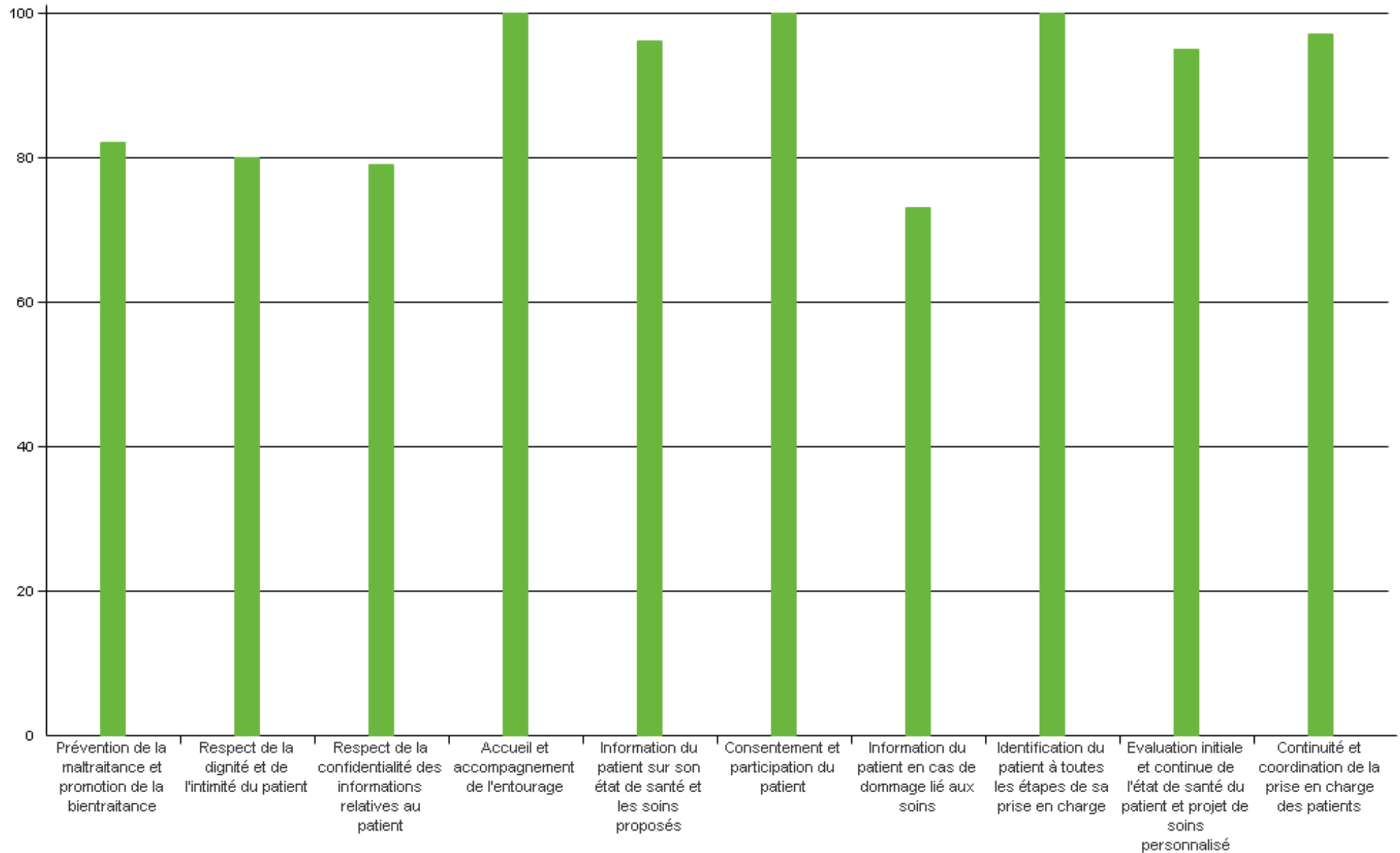


## 2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires



### 3. Regard Patient

SSR



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

## APPRECIATION DES EXPERTS-VISITEURS

Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Décision de type 1</p> <p>Poursuivre la mise en place de la démarche H.A.C.C.P. jusqu'à la distribution des repas.(11a)</p>	<p>OUI</p>	<p>Outre la formation assurée par un intervenant externe à l'intention de l'ensemble des professionnels concernés, l'établissement a mis en oeuvre un enregistrement et un contrôle informatisé (par l'intermédiaire de clé USB) des températures des chariots chauffant au stade de la distribution des repas. Un relevé des températures est ainsi fait chaque jour, un déclenchement d'alerte est automatiquement généré, en cas de dépassement de seuil haut ou bas.</p>
<p>Décision de type 1</p> <p>Formaliser la déclaration des infections nosocomiales et organiser le circuit d'alerte des phénomènes épidémiques. (16f, 16g)</p>	<p>OUI</p>	<p>Une procédure organisation du signalement des infections nosocomiales a été élaborée en août 2009.</p> <p>Cette procédure intègre la prise en charge par les professionnels de l'établissement des phénomènes épidémiques.</p>



Niveau et libellé de la décision V2/V2007	Suivi de la décision (oui/non/en cours)	Commentaires
<p>Décision de type 1</p> <p>Améliorer les conditions de prise en charge des urgences vitales en balnéothérapie. (33a)</p>	<p>OUI</p>	<p>Les urgences vitales en balnéothérapie sont, dans un premier temps, prises en charge par un défibrillateur semi-automatique installé dans la zone balnéothérapie.</p> <p>Un deuxième niveau d'intervention peut être sollicité en faisant intervenir les professionnels et matériels des autres services de l'établissement.</p> <p>Un mode opératoire prise en charge des urgences a été validé en juillet/août 2009. Ce mode opératoire prévoit les dispositions à prendre en cas de survenue d'urgences vitales au sein de l'établissement.</p>
<p>Décision de type 1</p> <p>Définir les objectifs qualité et les critères d'évaluation du système de gestion des risques et vigilances et évaluer la maîtrise de la gestion documentaire.(50b, 50c)</p>	<p>OUI</p>	<p>Le projet d'établissement 2007-2012 dispose d'un chapitre qualité et gestion des risques.</p> <p>Une cartographie des risques est opérationnelle ; cette cartographie permet de disposer de critères d'évaluation du système de gestion des risques et vigilances.</p> <p>La gestion documentaire est maintenant informatisée. Elle est régulièrement mise à jour par le référent qualité de l'établissement.</p>

## 5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATEGIQUE

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1a

#### Valeurs, missions et stratégie de l'établissement

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.	Oui	
La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques.	Oui	
L'établissement met en place des partenariats en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La mise en oeuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	Oui	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	Oui	

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1b

#### Engagement dans le développement durable

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.	En grande partie	
Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La stratégie liée au développement durable est déclinée dans un programme pluriannuel.	Oui	
Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	En grande partie	
L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Partiellement	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Partiellement	



## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1c Démarche éthique

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels ont accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.	En grande partie	
Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.	En grande partie	
Les questions éthiques, se posant au sein de l'établissement, sont traitées.	Oui	

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

Un état des lieux des questions éthiques liées aux activités de l'établissement est réalisé.

En grande partie

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1d

#### Politique des droits des patients

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).	Oui	
Des formations aux droits des patients destinées aux professionnels sont organisées.	Oui	

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

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

En grande partie

Si l'analyse du questionnaire enquête sur votre séjour (qui bénéficie d'un taux de réponse proche de 40 %) permet de dégager des actions d'évaluation et d'amélioration (rédaction récente par exemple de la charte de la bienveillance), ces actions ne sont pas encore ciblées par secteur d'activité.

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1e

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

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est intégrée dans les orientations stratégiques.	Oui	
L'instance délibérante statue au moins une fois par an sur cette politique.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est diffusée dans l'établissement.	Oui	
Des objectifs et des indicateurs, validés par la direction, sont déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus et sur la base du rapport de la CRU.	Oui	

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1f

#### Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles



**COTATION**

**A**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

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

Oui

Le projet d'établissement 2007-2012 identifie un chapitre consacré au développement de l'évaluation des pratiques professionnelles au sein de l'établissement. Un tel chapitre existe également dans le CPOM signé avec l'A.R.H.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Afin de structurer la dynamique EPP, une sous-commission a été créée par la CME en fin d'année 2009. Elle se réunit une fois par trimestre, ce qui permet d'assurer une concertation périodique entre professionnels de soins et gestionnaires. La Direction de l'établissement est en effet représentée au sein de cette sous-commission.</p> <p>La comité de Direction de l'établissement valide, à la demande, les travaux de la sous-commission EPP.</p>
<p>Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médicotechnique.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le règlement intérieur de la sous-commission EPP, daté du 14.04.2010, définit les missions et responsabilités des divers professionnels autour de la démarche EPP.</p> <p>L'analyse du tableau de bord des EPP montre que la dynamique est présente dans les secteurs d'activité clinique et médicotechnique.</p> <p>L'établissement vient de rédiger un règlement intérieur d'un groupe R.M.M. , le document est daté du 18.06.2010.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>En plus d'un accompagnement interne assuré par les membres de la cellule qualité, l'établissement s'est intégré aux travaux du groupe régional RéQua. Au cours des réunions périodiques de ce groupe régional, les professionnels présents bénéficient d'une information actualisée autour de la mise en oeuvre des EPP.</p> <p>Il faut signaler que le groupe régional RéQua est également intervenu en tant qu'organisme agréé dans la moitié des E.P.P. réalisées par l'établissement.</p> <p>Il faut cependant noter que cet accompagnement spécifique ne touche actuellement qu'une partie du personnel (environ 30 % du personnel ont participé aux actions EPP depuis leur mise en oeuvre).</p>
<p>L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le tableau de bord des EPP est régulièrement tenu à jour.</p> <p>L'impact des démarches EPP est régulièrement suivi au sein des diverses instances concernées: CLIN, CLUD, réunion d'encadrement, etc.</p>



<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.</p>	<p>Oui</p>	<p>De façon périodique tant au sein de réunions de service, qu'au travers de la revue interne Quoi de neuf, les professionnels sont régulièrement informés de la stratégie de l'établissement et des résultats obtenus au titre de la dynamique EPP.</p> <p>Les assemblées générales périodiques permettent de faire un point sur la dynamique EPP et les résultats obtenus.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les diverses instances concernées (CLIN, CLUD, CODIR, sous-commission EPP, CME, etc) sont régulièrement informées de l'état de développement de l'EPP et des résultats obtenus, comme le montre la lecture des compte-rendus de réunion de ces diverses instances.</p> <p>Une information sur la démarche EPP a été présentée par le Directeur de l'établissement au sein de l'entité Pôle Santé de la fondation Arc en Ciel, à laquelle appartient le Centre de Réadaptation Fonctionnelle d'Héricourt.</p>

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus.</p>	<p>Oui</p>	<p>Au fur et à mesure de l'avancement de la démarche globale d' EPP, le tableau de bord des EPP est mis à jour après une première analyse par la sous-commission EPP et une validation par le Comité de Direction.</p> <p>Un point sur l'évolution de la stratégie de développement des E.P.P. a été fait en réunion de la C.M.E. du 17.09.2009.</p>

## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

### Critère 1g

#### Développement d'une culture qualité et sécurité

#### COTATION

**B**

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

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

### Critère 2a

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

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activités sont définis.	Partiellement	
Les circuits de décision et de délégation sont définis.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont révisés à périodicité définie.	En grande partie	

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

### Critère 2b

#### Implication des usagers, de leurs représentants et des associations

#### COTATION

A

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.	Oui	
Les attentes des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activité ou d'établissement.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré.	Oui	

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

### Critère 2c

#### Fonctionnement des instances

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leur compétence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.	Oui	
Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le fonctionnement des instances est évalué (bilan, programme d'actions, suivi des actions, etc.).	En grande partie	

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

### Critère 2d

#### Dialogue social et implication des personnels

#### COTATION

A

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



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

### Critère 2e

#### Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement



### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	Oui	
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	Oui	
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaison externe et interne).	Oui	

## **PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES**

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3a

#### Management des emplois et des compétences

**COTATION**

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.	Oui	
Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.	Partiellement	
Les compétences spécifiques pour les activités à risque ou innovantes sont identifiées.	Partiellement	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des dispositions sont mises en oeuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.	Oui	
L'évaluation périodique du personnel est mise en oeuvre.	En grande partie	
Un plan de formation est mis en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.	Partiellement	
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	Non	

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3b

#### Intégration des nouveaux arrivants

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	S'il existe bien un questionnaire d'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration, le résultat de l'analyse de ce questionnaire n'est cependant pas systématiquement exploité en vue de définir des axes d'amélioration potentiels.

## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3c

#### Santé et sécurité au travail

*Le CHSCT est obligatoire dans tous les établissements publics et privés d'au moins 50 salariés. En dessous de 50 salariés, les missions du CHSCT sont assurées par les délégués du personnel.*

#### COTATION

A

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le programme de prévention des risques et le document unique sont évalués à périodicité définie sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'événements indésirables.	En grande partie	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Oui	



## Référence 3 : La gestion des ressources humaines

### Critère 3d

#### Qualité de vie au travail

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont évaluées.	En grande partie	
La satisfaction des personnels est évaluée.	Oui	

## Référence 4 : La gestion des ressources financières

### Critère 4a

#### Gestion budgétaire

#### COTATION

**A**

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

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

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

Oui

## Référence 4 : La gestion des ressources financières

### Critère 4b

#### Amélioration de l'efficience

#### COTATION

A

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

## Référence 5 : Le système d'information

### Critère 5a

#### Systeme d'information

**COTATION**

**B**

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

## Référence 5 : Le système d'information

### Critère 5b

#### Sécurité du système d'information

**COTATION**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

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

Oui

**E2 Mettre en oeuvre**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

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

En grande partie

Si des dispositions ont été prises par les structures externes à l'établissement et internes à celui-ci intervenant dans la gestion du système d'information en vue de structurer un plan de remise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne, ce plan n'est pas encore formalisé.

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

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

En grande partie

Le dispositif de sécurité du système d'information fait l'objet d'une évaluation périodique par l'entité informatique située au siège de la fondation Arc en Ciel ; des travaux sur la structuration des sauvegardes sont actuellement en cours.  
Cependant l'exhaustivité du process de sécurisation du système d'information n'est pas encore réalisée.

## Référence 5 : Le système d'information

### Critère 5c

#### Gestion documentaire

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un dispositif de gestion documentaire est en place.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif est connu par les professionnels.	Oui	
Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.	En grande partie	
Le système de mise à jour des documents est opérationnel.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	



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

### Critère 6a

#### Sécurité des biens et des personnes

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.	Oui	
Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les situations identifiées font l'objet de dispositifs adaptés de sécurité (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	

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

### Critère 6b

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

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.	En grande partie	
L'établissement dispose d'un programme de maintenance.	Partiellement	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les opérations de maintenance (curatives et préventives) assurées en interne et par des sociétés extérieures sont tracées et permettent un suivi des opérations.	Oui	
Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel.	Oui	

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

Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.

Partiellement

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

### Critère 6c

#### Qualité de la restauration

**COTATION**

**A**

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

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

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

### Critère 6d Gestion du linge

**COTATION**

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le circuit du linge est défini.	Oui	
Les besoins par secteur sont quantifiés et incluent les demandes en urgence.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.	Oui	
Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	Oui	
Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.	Oui	

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

La satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.

Partiellement

Il n'existe pas, notamment au travers du questionnaire enquête sur votre séjour, de recueil systématisé de la satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient. Cette opinion est recueillie par le personnel en charge de la prestation, si l'occasion se présente.

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

### Critère 6e

#### Fonction transport des patients

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La fonction transport des patients est organisée.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.	Oui	
Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La satisfaction et les délais d'attente sont évalués à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	



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

### Critère 6f

#### Achats écoresponsables et approvisionnements

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif en associant les utilisateurs	En grande partie	
La politique d'achat et de relations avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat écoresponsable.	Non	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement initie une démarche d'achat écoresponsable pour certains produits et/ou services	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.	Oui	

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

### Critère 7a

#### Gestion de l'eau

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie et validée par l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	Oui	
La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un plan de maintenance préventif et curatif des installations élaboré avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) est mis en oeuvre.	Oui	
Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) et tracés.	Oui	
Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré.	Partiellement	Seule la consommation globale d'eau de l'établissement est suivie.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un suivi des différents types de rejets est assuré.	Partiellement	Le suivi des différents types de rejets n'est pas assuré par l'établissement. Un premier travail de recensement des fiches de données de sécurité des produits à risque utilisé par l'établissement a cependant été réalisé en 2009.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	Dans le cadre du plan de développement durable validé en CODIR le 18.01.2010, un certain nombre d'axes d'amélioration ont été définis. Ces axes sont progressivement mis en oeuvre en moment de la visite des experts visiteurs au sein du secteur de balnéothérapie, au sein des services d'hospitalisation.

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

### Critère 7b

#### Gestion de l'air

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une politique est définie en vue d'assurer la maîtrise du risque infectieux dans les zones à environnement maîtrisé.	Oui	
L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales.	Non	
Des dispositions sont prévues en cas de travaux.	En grande partie	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air en concertation avec l'E.O.H et/ou le CLIN (ou équivalents) et le CHSCT sont mis en oeuvre.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La traçabilité des différentes interventions est assurée.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

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

### Critère 7c

#### Gestion de l'énergie

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un diagnostic énergétique est réalisé.	Non	Le diagnostic de performance énergétique n'a pas été réalisé par l'établissement.
Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.	Oui	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Un programme d'actions hiérarchisé de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Ne disposant pas d'un diagnostic de performance énergétique, l'établissement n'a pas mis en place de programme d'actions hiérarchisé de maîtrise de l'énergie. Des actions sont cependant mises en oeuvre : installations de capteurs solaires, isolement des combles,etc.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Un suivi périodique est réalisé.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Un certain nombre d'indicateurs de suivi des consommations énergétiques est intégré aux tableaux de bord de l'établissement. Ce suivi périodique n'est cependant pas exhaustif, en attente de la réalisation du diagnostic de performance énergétique.</p>
<p>Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.</p>	<p>Oui</p>	



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

### Critère 7d

#### Hygiène des locaux

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les actions à mettre en oeuvre pour assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	En grande partie	
En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations	NA	
Les responsabilités sont identifiées et les missions sont définies.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	Partiellement	
Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en oeuvre.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	Partiellement	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	

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

### Critère 7e

#### Gestion des déchets

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et d'effluents.	En grande partie	
La politique en matière de déchets est définie en concertation avec les instances concernées.	Oui	
Les procédures de gestion des déchets sont établies	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le tri des déchets est réalisé.	Oui	
Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites .	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	En grande partie	

## **PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS**

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

### Critère 8a

#### Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins

**COTATION**

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est formalisé.	En grande partie	
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents.	Oui	
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	NA	
Le programme est soumis aux instances.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Partiellement	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Partiellement	
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	En grande partie	
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	

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



Critère 8b

Fonction "gestion des risques"

**COTATION**

**A**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

Une fonction « gestion des risques » est définie dans l'établissement.

Oui

La fonction gestion des risques est définie dans l'organigramme de l'établissement, elle est occupée par le responsable qualité. Un groupe pluriprofessionnel gestion des risques existe depuis l'autoévaluation de la procédure d'accréditation de la V1. Une instance COVIR (comité vigilances-risques) a été mise en place fin 2009. Il existe une fiche de poste du gestionnaire de risque et des membres du groupe. Les objectifs du groupe GDR et du COVIR sont formalisés.



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

L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour des objectifs du programme de gestion des risques.

Oui

La fonction gestion des risques travaille avec les différents secteurs opérationnels dans le cadre de sa participation aux instances, de la mise en place et du suivi de la cartographie des risques de l'établissement, du suivi des actions du programme d'amélioration qualité-gestion des risques avec les responsables des secteurs concernés. Chaque membre du comité GDR représente une catégorie professionnelle et est chargé du suivi du PAQ dans les domaines le concernant. Il existe un programme de formation avec suivi par emargement.

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'organisation de la fonction est évaluée au cours de l'entretien annuel du responsable qualité/GDR. Le temps consacré à la mission correspond à 25% ETP. Les objectifs précédemment définis sont évalués lors de la réalisation du bilan annuel. L'évaluation est réalisée par la directrice des soins paramédicaux. Les besoins de formation sont définis lors de cette évaluation.</p>

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

### Critère 8c

#### Obligations légales et réglementaires

**COTATION**

**B**

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La direction assure un suivi du traitement des non-conformités.	Oui	

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

### Critère 8d

#### Evaluation des risques a priori

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	Oui	
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risque sont mises en place.	Partiellement	
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un suivi de la mise en oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	En grande partie	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Partiellement	

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

### Critère 8e Gestion de crise

**COTATION**

**A**

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

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'appropriation des procédures est évaluée suite à la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.	Oui	
Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.	Oui	



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

Critère 8f

Gestion des événements indésirables



**COTATION**

**A**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

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

Oui

L'établissement a rédigé une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables. Un support de signalement est disponible précisant les notions de gravité et fréquence estimées. Les signalements sont saisis sur une base informatique permettant la traçabilité de toutes les étapes du traitement. Cette base régionale (réseau RéQua) permet également l'exploitation statistique intra établissement et au niveau de la région (démarche de benchmarking). Le système de signalement est coordonné avec l'EOH et la CRUQ.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une action de formation de tous les professionnels au système de signalement est réalisée par le gestionnaire des risques. Une information sur les systèmes de signalement est systématique pour les nouveaux arrivants. Les formations sont toutes tracées, les membres du groupe GDR poursuivent sur le terrain les besoins d'accompagnement.</p>
<p>Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le groupe GDR a été formé à l'audit et à l'analyse des causes par le groupe régional RéQua. Le gestionnaire de risque a été formé à l'analyse des causes par l'Université de Strasbourg dans le cadre de la formation continue. Cet aspect est intégré à l'action de formation à destination de tous les professionnels sur 2010.</p>

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les événements indésirables graves sont identifiés en fonction de leur cotation (fréquence/gravité) mais également de leur type. Ils sont traités en RMM chaque trimestre, et/ou en réunion de secteur impliquant les cadres, les soignants et les médecins, lorsqu'ils sont liés à la prise en charge des patients.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des actions correctives sont mises en place en fonction de la criticité de l'événement. Ces actions peuvent être décidées en comité GDR, COVIR, CME, RMM. Elles sont intégrées aux plans d'action déjà en place. Ces actions correctives ne sont cependant pas systématisées.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Lorsqu'un EIG est mis en évidence, les différentes instances décident des actions à mettre en place. Par exemple, récemment des chutes ou désorientation de patients présentant des difficultés à être identifiés ont eu lieu.</p> <p>A titre expérimental, l'établissement a mis en place un bracelet d'identification. Cette action a été présentée en comité d'éthique.</p> <p>Cependant tous les EIG ne font pas l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.</p>
<p>L'efficacité des actions correctives est vérifiée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement utilise fréquemment l'EPP comme méthode d'évaluation de l'efficacité des actions correctives. Le comité de GDR évalue le suivi du PAQ tous les 2 mois.</p>

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

### Critère 8g

#### Maîtrise du risque infectieux



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

#### COTATION

**A**

**Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales**

**Classe associée à la valeur du score agrégé**

Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.

A

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

### Critère 8h

#### Bon usage des antibiotiques

Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par l'indicateur ICATB.



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

#### COTATION

**A**

Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales

Classe associée à la valeur du score agrégé

Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.

A

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.

Oui

La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72 ème heure fait l'objet d'un indicateur de suivi dans l'EPP intitulée conformité de l'antibiothérapie qui a débuté en 2006. Cet indicateur est suivi régulièrement.

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

### Critère 8i

#### Vigilances et veille sanitaire

**COTATION**

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place.	Oui	
Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée.	Oui	
Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	



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

### Critère 8j

#### Maîtrise du risque transfusionnel

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

#### COTATION

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est en place.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les procédures relatives à la maîtrise du processus transfusionnel sont mises en oeuvre.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La pertinence d'utilisation des produits sanguins labiles est évaluée.	NA	
La maîtrise du processus transfusionnel est évaluée et donne lieu à des actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 8k

#### Gestion des équipements biomédicaux

**COTATION**

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.	En grande partie	L'établissement a défini un système de gestion des équipements médicaux. Le plan pluriannuel de remplacement n'est pas encore formalisé pour l'ensemble des équipements biomédicaux de l'établissement.
Une procédure (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence) permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique est formalisée et est opérationnelle.	En grande partie	La Direction de l'établissement considère que le parc du matériel en place est suffisamment fourni pour ne pas avoir besoin de rédiger une procédure de dépannage en urgence.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre sous la responsabilité d'un professionnel identifié.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>En référence à sa taille et aux de prise en charge, l'établissement a mis en place une organisation déléguant à différents responsables (services techniques, pharmacien, rersponsible Qualité, responsable matériovigilance) la gestion d'une partie identifiée du parc des équipements biomédicaux. La coordination de ces differents acteurs n'est cependant pas structurée.</p>
<p>La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée et les actions sont tracées.</p>	<p>Oui</p>	
<p>Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Une grande partie des documents utiles à l'utilisation des équipements sont consultables par le personnel en cas de nécessité. Les nouveaux matériels sont mis en service apres vérification de l'établissement et explication d'utilisation. Certains matériels ne disposent pas cependant de documentation spécifique.</p>

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

La gestion des équipements biomédicaux est évaluée et donne lieu à des actions d'amélioration.

En grande partie

La gestion des équipements est évaluée lors des opérations de maintenance préventive ou curative. Il n'existe pas cependant de plans d'actions d'amélioration systématisés.

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

Critère 9a

Systeme de gestion des plaintes et réclamations



**COTATION**

**B**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

La gestion des plaintes et réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).

Oui

Un mode opératoire réclamations des patients a été validé en septembre 2006.  
La Directrice des Soins Paramédicaux est chargée de gérer l'organisation du traitement des plaintes et réclamations.  
Un registre unique, situé dans le secteur de la Direction, recense les plaintes et réclamations qui sont synthétisées sur un formulaire fiche de suivi de la demande d'accès au dossier.  
La CRU a été créée le 5.10.2005. Elle se réunit trois fois l'an. La composition de la CRU est conforme à la réglementation, la nomination des trois représentants des usagers a été agréée par l' ARH. Son règlement intérieur est daté du 18.01.2006.  
Le livret d'accueil des patients identifie un chapitre réclamations.

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.</p>	<p>Oui</p>	<p>Lorsque, au sein de la centaine de fiche d'évènements indésirables recueillies annuellement, une situation peut impacter la gestion des plaintes et réclamations, la fiche d'évènement indésirable correspondante est alors intégrées dans le processus de gestion générale des plaintes et réclamations, soit par la Directrice des Soins Paramédicaux, soit par le référent qualité.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>La Directrice des Soins Paramédicaux est chargée d'assurer l'interface entre les diverses personnes en charge du traitement des plaintes et réclamations : professionnels concernés, Direction de l'établissement, éventuellement médecin médiateur. S'il y a lieu, des actions correctrices sont mises en oeuvre en association avec les professionnels concernés.</p>

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Si la Direction indique que tout plaignant est informé de suites données à sa plainte, elle indique également que le faible nombre de plaintes et réclamations (entre 3 et 5 par an) ne lui permet pas d'initier d'éventuelles actions correctrices.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations incluant le suivi du délai de réponse au plaignant contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Si un retour d'information est périodiquement fait au sein des réunions de la CRU concernant l'exploitaiton quantitative et qualitative des plaintes et réclamations, le très faible nombre de plaintes et réclamations (entre 3 et 5 par an) ne permet cependant pas de développer une démarche structurée visant à actualiser le programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.</p>

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

### Critère 9b

#### Evaluation de la satisfaction des usagers

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.	Oui	
Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre au niveau des secteurs d'activité et font l'objet d'un suivi.	En grande partie	
La politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est revue à partir des résultats de l'évaluation.	Partiellement	



## CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT

## **PARTIE 1. DROIT ET PLACE DES PATIENTS**

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10a-SSR

#### Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

#### COTATION

**B**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	Oui	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	En grande partie	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.	En grande partie	

## Référence 10 : La bientraitance et les droits

### Critère 10b-SSR

#### Respect de la dignité et de l'intimité du patient

**COTATION**

**B**

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

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

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

En grande partie

## Référence 10 : La bienveillance et les droits

### Critère 10c-SSR

#### Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

#### COTATION

**B**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Partiellement	
Des actions d'amélioration en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont menées.	Partiellement	



## Référence 10 : La bienveillance et les droits

### Critère 10d-SSR

#### Accueil et accompagnement de l'entourage

#### COTATION

A

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

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

L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.

Oui

## Référence 10 : La bienveillance et les droits

### Critère 10e-SSR

#### Gestion des mesures de restriction de liberté

#### COTATION

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les projets médicaux, et/ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation de contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.)	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrant la réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	Partiellement	Le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté, à ce jour, a été évalué une fois en avril 2010.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

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

### Critère 11a-SSR

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

#### COTATION

#### A

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation de la satisfaction du patient quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

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

### Critère 11b-SSR

#### Consentement et participation du patient

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation est définie permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soin.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soin proposé sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soin.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	



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

### Critère 11c-SSR

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, est définie.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, sont menées.	En grande partie	Une action de formation dédiée a été réalisée en 2008 par un juriste du réseau ReQua. Cette formation n'ayant touché qu'une partie du personnel concerné sera renouvelée en 2010.
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Non	Aucune évaluation n'a été réalisée de par la mise en place récente de cette démarche d'information au patient .

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

### Critère 12a-SSR

#### Prise en charge de la douleur



### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	Le projet d'établissement définit la stratégie de l'établissement en matière de lutte contre la douleur. Les documents de constitution et de fonctionnement du CLUD sont formalisés. Ils ont été validés à la fois par la CME et la Direction.
Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins sont définis.	Oui	Les protocoles de prise en charge, évaluation et prévention de la douleur ont été réalisés en concertation avec les membres du CLUD. Ils sont disponibles sur la base documentaire et connus des personnels.

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

Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.

Oui

Des formations internes ou en partenariat avec les organismes référents locaux ont été organisées (utilisation du Kalinox, formation antidouleur pour l'ensemble des médecins de la fondation Arc en Ciel, formation globale par les membres du CLUD de tous les intervenants auprès des patients sur les mécanismes et la prise en charge de la douleur) qui répondent aux besoins recensés par les enquêtes et l'évolution des pratiques. La traçabilité est faite sur les compte-rendu et bilan du CLUD.

Le plan de formation 2010 au titre de la prise en charge de la douleur est validé. Il décrit les thèmes retenus, les personnels concernés, la durée des formations.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	En grande partie	L'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est réalisée par le personnel médical et paramédical à l'entrée et en cours de séjour. Il existe divers supports d'informations écrits (livret d'accueil, affichage dans les services). Les actions d'éducation du patient à la prise en charge de la douleur ne sont cependant pas systématiquement tracées dans le dossier du patient.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte tenu du résultats de l'indicateur traçabilité de l'évaluation de la douleur.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	Les mesures de suivi sont notées dans le dossier patient informatisé (complétées par l'ouverture de cible si nécessaire).
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'échelle d'hétéro évaluation doloplus est utilisée. Les résultats sont tracés dans le dossier patient.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	En grande partie	Un audit a été réalisé en juin 2009 sur l'appropriation et l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur. Cet audit n'a cependant pas été refait depuis.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'enquête de prévalence sur la douleur mise en oeuvre annuellement ainsi que l'analyse des questionnaires de sortie permettent une évaluation régulière de la qualité et l'efficacité de la prise en charge.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Différentes formations et techniques antalgiques ont été mises en place à la suite des résultats des évaluations menées : MEOPAS, formation sur les outils d'évaluation, etc.

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

L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.

Oui

L'enquête de prévalence est généralisée à l'ensemble des établissements de la fondation Arc en Ciel. Une demande de convention est en cours avec le centre anti-douleur du Centre Hospitalier de Belfort/Montbéliard. L'établissement a recours aux consultations du Centre Anti-Douleur de ce même établissement et à l'équipe mobile de soins palliatifs.

## Référence 13 : La fin de vie

### Critère 13a-SSR

#### Prise en charges et droits des patients en fin de vie

*Ce critère s'applique à tous les établissements accueillant des patients en fin de vie.*



### COTATION

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.	Oui	En référence à un usage résultant de l'activité passée en MCO de l'établissement et dans le but de rendre service à la population de proximité, le CRF d'Héricourt accueille des patients en soins de fin de vie habitant la commune. L'organisation est mise en place ponctuellement, par une commission des admissions, en fonction du cas à traiter, et cela avant l'entrée effective du patient dans l'établissement.
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	Au cas par cas, avec un médecin diplômé en soins palliatifs, les professionnels organisent le recueil des directives anticipées.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation et sur leur droit d'établir des directives anticipées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les patients en fin de vie sont admis en tant que tels et c'est la personne de confiance, systématiquement identifiée dans ce cas, qui reçoit les informations.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La démarche palliative est mise en oeuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Dans le secteur EVC (état végétatif chronique) ou EPR (état paucirelationnel), la démarche palliative est mise en oeuvre. En cas d'admission pour fin de vie, les patients sont installés en chambre particulière et isolée.</p>
<p>Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un médecin de l'établissement est titulaire d'un DU de soins palliatifs. Une convention a été signée avec l'équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier voisin.</p>



<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	Il existe une association Association des amis du CRF. Les membres sont formés au bénévolat. Ils passent régulièrement dans l'établissement, ils peuvent être sollicités autant que de besoin.
Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en oeuvre.	Oui	A chaque occasion, des concertations entre soignants et médecins sont réalisées.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).	En grande partie	Ponctuellement, 3 à 4 fois par an, des évaluations pluriprofessionnelles sont organisées quand un malade en fin de vie est hospitalisé. Les structures concernées (CME, CRU) ne sont cependant pas consultées.
Les secteurs d'activité les plus concernés mettent en place une réflexion sur les situations d'obstination déraisonnable et la limitation ou l'arrêt de traitements à visée curative.	Oui	Des instructions très claires sont mentionnées dans le dossier du patient sur la limitation ou l'arrêt de traitement à visée curative.

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

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.

Oui

Des actions d'amélioration sont mises en place comme l'engagement écrit à accompagner les patients en fin de vie jusqu'à l'issue finale.

## **PARTIE 2. GESTION DES DONNEES DU PATIENT**

## Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14a-SSR

Gestion du dossier du patient



**COTATION**

**A**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**CONSTATS**

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Oui

Le dossier patient est informatisé depuis 2004. Les règles de tenue sont formalisées et disponibles sur la base de gestion documentaire informatisée. La formation des nouveaux arrivants à l'utilisation de ce dossier est systématique.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les règles d'accès au dossier sont définies en fonction du statut du personnel. Le code d'accès est modifié tous les 6 mois.  Par sécurité, certains éléments sont sauvegardés sur papier (fiche administrative, prescriptions médicamenteuses, courrier de sortie).  Toutes les données issues de l'établissement sont intégrées dans le dossier, exceptées les images radiologiques. Les compte-rendus de l'examen radiologique sont eux archivés.  Les informations provenant des établissements d'amont sont progressivement scanés en vue d'être intégrées dans le dossier de chacun des patients.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Compte tenu des résultats des indicateurs tenue du dossier patient.</p>

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le dossier informatique est une base partagée par l'ensemble des utilisateurs habilités. L'accès aux données du dossier est immédiat pour les professionnels. Le compte rendu d'hospitalisation est édité à partir des données du dossier, sans recopiage.</p> <p>Sa conformité et son délai d'envoi ont été évalués lors de l'analyse des indicateurs IPAQSS en 2009. L'information est réalisée en temps réel grâce à l'existence d' ordinateurs portables dans les secteurs d'hospitalisation.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un tableau de bord a été mis en place concernant la conformité des indicateurs IPAQSS depuis septembre 2008. Une évaluation de la tenue du dossier a été réalisée 2009.</p>

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

Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.

Oui

Les évaluations ont conduit à la mise en place d'objectifs par service concernant la qualité de tenue du dossier de soins, et à la mise en place d'une EPP au niveau des secrétariats médicaux afin de standardiser la gestion documentaire au sein du dossier patient. Les scores provisoires IPAQSS ont été analysés en réunion d'encadrement et ont conduit à une série de propositions d'améliorations (par exemple: creation de nouvelles fiches sur les patients infectés).

## Référence 14 : Le dossier du patient

### Critère 14b-SSR

#### Accès du patient à son dossier



### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	Dans l'hypothèse où la demande émane d'un patient présent dans l'établissement, la demande d'accès est formulée auprès du secrétariat médical correspondant. Dans l'hypothèse où la demande émane d'un patient sorti, la demande d'accès est formulée auprès du secrétariat de Direction. Les professionnels récipiendaires de la demande ont à leur disposition un formulaire d'enregistrement.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le livret d'accueil du patient dispose d'un chapitre intitulé le droit d'accès au dossier médical.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.	Oui	Le rapport d'activité 2009 de la CRU indique que le délai moyen de réponse, sur les quatre dernières années, se situe entre 4 et 8 jours.



E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	De par le fait que les délais constatés de transmission des dossiers aux patients sont conformes aux délais réglementaires, l'établissement n'a pas jugé nécessaire de procéder à des actions d'amélioration.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.	Oui	La rapport d'activité annuel de la CRU permet aux membres de cette instance de disposer des informations suivantes: -nombre annuel de demandes (25 en 2009) -délai moyen de transmission (7 jours en 2009).

## Référence 15 : L'identification du patient

### Critère 15a-SSR

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



### COTATION

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.	Oui	Une cellule d'identitovigilance a été créée en mars 2010.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Une première réunion de la cellule d'identitovigilance a été consacrée à la formation des personnels d'accueil et à la rédaction d'une procédure de vérification de l'identité du patient.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>La procédure de la vérification de l'identité du patient a été élaborée et est mise en oeuvre.</p> <p>La fiabilité de l'identification du patient est renforcée par la mise en place d'un contrôle informatique systématique automatisé chaque lundi de toutes les entrées en vue de rechercher tout doublon ou tout risque de doublon potentiel.</p> <p>Le risque de collision est rendu impossible par l'attribution automatique d'un numéro d'IPP par le logiciel.</p>
<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>Oui</p>	<p>La procédure prévoit la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p> <p>Début juin 2010 a été mise en place, dès l'entrée, la pose d'un bracelet d'identité à tout patient accueilli. Cette disposition donne satisfaction à tous les soignants rencontrés.</p> <p>Ce bracelet comporte les trois premières lettres du nom, les deux premières lettres du prénom et le numéro de la chambre.</p>

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

La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.

Oui

Le contrôle informatique est évalué toutes les semaines par le responsable informatique, la validation de la suppression d'un doublon nécessitant la validation de 2 personnes habilitées.

## **PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT**

## Référence 16 : L'accueil du patient

### Critère 16a-SSR

#### Dispositif d'accueil du patient

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des modalités d'accueil du patient sont définies.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	En grande partie	
En l'absence de service d'urgence, des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de séjour.	En grande partie	
Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	Partiellement	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le temps d'attente prévisible est annoncé.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre en lien avec la CRU.	En grande partie	

## Référence 17 : L'évaluation de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé

### Critère 17a-SSR

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

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	
La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	Oui	



<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et s'il y a lieu l'entourage.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des actions d'évaluations sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	En grande partie	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	

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

### Critère 18a-SSR

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

#### COTATION

#### A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 heures/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes.	Oui	
Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	En grande partie	

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les secteurs d'activité collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	
Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnel(s) référent(s) est désigné pour la prise en charge du patient.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les événements indésirables relatifs à la continuité des soins sont évalués et des actions d'amélioration sont menées.	Oui	

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

### Critère 18b-SSR

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

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	En grande partie	
La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	En grande partie	

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

L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.

En grande partie

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes âgées

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	En grande partie	Près de la moitié des hospitalisés est âgée de plus de 60 ans. Les professionnels sont sensibilisés à la spécificité de cette population en ce qui concerne la pathologie propre mais les contraintes thérapeutiques ne sont pas entièrement prises en compte, ce qui a justifié la mise en place d'une nouvelle EPP intitulée Pertinence de la prescription médicamenteuse chez la personne de plus de 75 ans.
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	Oui	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les patients porteurs de maladies chroniques Populations nécessitant une prise en charge particulière

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	Partiellement	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	



<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	Partiellement	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les enfants et adolescents

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

**COTATION**

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	Partiellement	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	Partiellement	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes atteintes d'un handicap Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

NA

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.

NA

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.

NA

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

NA

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	NA	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	NA	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes démunies

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.	Partiellement	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Partiellement	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	Partiellement	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19a-les personnes détenues

#### Populations nécessitant une prise en charge particulière

#### COTATION

NA

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.

NA

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### CONSTATS

La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en oeuvre.

NA

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

NA



<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	NA	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.	NA	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19b-SSR

#### Troubles de l'état nutritionnel



### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	En grande partie	Le CLAN est organisé. Une sous-commission état nutritionnel se réunit chaque mois. Ces actions ne concernent que la dénutrition. Les actions concernant l'obésité, voire l'obésité morbide ne sont pas encore mise en oeuvre au sein de l'établissement.

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.	Oui	Compte tenu du score de l'indicateur Trouble de l'état nutritionnel.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	En grande partie	S'il existe une démarche visant à mesurer la qualité du dispositif de prise en charge, ce dispositif n'est pas formalisé.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19c-SSR Risque suicidaire

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	En grande partie	

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

## Référence 19 : Les prises en charge particulières

### Critère 19d

#### Hospitalisation sans consentement

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

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des procédures sont mises en oeuvre.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

## Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20a-SSR

#### Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient



**COTATION**

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.	Oui	Depuis 2002 la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient est formalisée dans différents documents consultables par tous sur l'Intranet de l'établissement. Cette politique associe les Médecins, le Pharmacien, le Qualiticien et la Direction.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.	Oui	L'informatisation de l'intégralité du circuit du médicament est opérationnelle.



E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>Chaque prescripteur possède un accès privilégié et personnel avec mot de passe et signature électronique.            Les règles d'utilisation du logiciel sont déterminées.            Le logiciel possède diverses sécurités comme celle concernant l'impossibilité de valider une prescription incomplète.            Différents professionnels ont accès à la prescription mais celle-ci ne peut être modifiée que par le prescripteur initial signataire.</p>
<p>Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les prescripteurs ont à leur disposition :            Le Vidal électronique, mais la licence n'a pas été renouvelée.            L'accès à la BCB (Banque Claude Bernard)            Le livret du médicament propre à l'établissement            Un antibioguide conçu par l'établissement.</p>

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les médicaments personnels sont retirés et stockés à la pharmacie, ils sont restitués au patient à sa sortie.</p> <p>L'ordonnance de sortie est remise au patient, des explications sur les changements intervenus sont assurées par le Médecin ou le Cadre de Santé des diverses unités. Les prescriptions de sortie sont faites pour 10 jours avec obligation pour le malade de revoir son Médecin traitant avant ce délai de 10 jours.</p> <p>En cas de transfert, une fiche est éditée à partir du dossier patient informatisé.</p>
<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une procédure intitulée maîtrise de la relation client - fournisseur régit les règles de fonctionnement de la pharmacie et ses relations avec le secteur de l'hospitalisation.</p> <p>La dispensation des médicaments est journalière, individuelle et nominative (DJIN).</p> <p>Le Pharmacien contrôle toutes les prescriptions chaque jour.</p> <p>Des réunions entre Médecins et Pharmacien sont organisées tous les trimestres.</p>

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une procédure intitulée maîtrise de la relation client - fournisseur régit les règles de fonctionnement de la pharmacie et ses relations avec le secteur de l' hospitalisation.</p> <p>La traçabilité de l'administration est réalisée par les IDE dans le dossier patient informatisé.</p> <p>Les modalités de retour d'information en cas de non-administration sont réalisées par les IDE via ce même dossier.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	La iatrogénie médicamenteuse fait l'objet d'actions de communication par le Pharmacien dans le cadre des staffs médicaux mensuels et de l'analyse trimestrielle des anomalies de prescription. L'EPP sur la sécurisation du circuit du médicament ainsi que les actions de communication devant les professionnels représentent d'autres moyens de sensibilisation à la iatrogénie médicamenteuse. Cependant il existe une sous-déclaration de ces événements, elle est constatée par le Pharmacien et représente un manquement dans la sensibilisation des IDE.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est entièrement réalisée.
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte tenu des résultats du critère prescription médicamenteuse au cours de l'hospitalisation de l'indicateur tenue du dossier patient.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	Le Pharmacien contrôle toutes les prescriptions chaque jour, des réunions entre Médecins et Pharmacien sont organisées tous les trimestres.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	L'établissement n'accueille pas ces types de patients.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Partiellement	Actuellement, seuls les patients diabétiques bénéficient d'information sur leur traitement et d'un début d'actions d'éducation thérapeutique. Cette information concerne les antidiabétiques oraux et les insulines. Il existe un projet concernant les anticoagulants administrés per os.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration est réalisée systématiquement par les IDE dans le dossier patient informatisé. Les modalités de retour d'information en cas de non-administration sont réalisées par les IDE via ce même dossier patient.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les indicateurs de consommation sont en place (produits onéreux ou antibiotiques). D'autres indicateurs sont utilisés : nombre d'avis pharmaceutiques émis, audit des armoires, suivi du chariot d'urgence...</p> <p>Du fait de la montée en puissance du système informatique de la pharmacie maintenant finalisé, des indicateurs ne sont pas encore en place. Ont été identifiés : % de conformité de la tenue du dossier patient informatisé, % de respect des numérations de plaquettes aux cours de traitement anticoagulants, nombre de FEI sur la iatrogénie ...</p>
<p>Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Un premier audit sur la sécurité du circuit du médicament a été réalisé dans le cadre d'une EPP en avril 2010. Le prochain audit est prévu pour avril 2011. Il concerne toutes les étapes du circuit du médicament, prescription, dispensation, administration, traçabilité. La périodicité est annoncée, elle reste à pérenniser.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	L'établissement, appartenant au secteur SSR, n'est pas tenu de signer un contrat de bon usage du médicament. Les outils nécessaires à la constitution prochaine de celui-ci sont cependant déjà en place à travers trois audits sur la pertinence de l'antibiothérapie, sur l'évaluation de l'antibiothérapie à la 48ème heure et sur la sécurisation du circuit du médicament.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le pharmacien contrôle, chaque jour, toutes les prescriptions. Des réunions entre Médecins et Pharmacien sont organisées tous les trimestres. Le nombre de déclarations d'évènements indésirables est jugé comme étant insuffisant par le Pharmacien. Les FEI émises sont analysées par différentes instances : groupe GDR, staffs médicaux mensuels, réunions trimestrielles d'analyse des prescriptions.

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

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.

Oui

Les différentes évaluations réalisées et l'analyse des erreurs avec rétro-information des professionnels sont utilisées pour apporter des actions d'amélioration après étude dans le cadre de RMM réalisées spontanément dans l'établissement sans obligation réglementaire ou dans le cadre de mise en place d'une nouvelle EPP, comme par exemple celle portant sur la pertinence de la prescription médicamenteuse chez la personne de plus de 75 ans mise en place en avril 2010.



## Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20b-SSR

#### Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

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

#### COTATION

**A**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Une réflexion est menée dans l'établissement sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé.	Oui	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	

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

Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.

Partiellement

Les actions d'amélioration et leurs suivis ne sont pas systématisés. Une première action a été cependant mise en oeuvre depuis la première rédaction de l'autoévaluation par l'établissement ; elle concerne la systématisation de la demande de mesure de la clairance à la créatinine dans le bilan d'entrée.

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

### Critère 21a-SSR

#### Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats

#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les laboratoires de biologie médicale (y compris coopération et sous-traitance).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la prescription et au prélèvement, actualisés et validés, sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.</p>	<p>Oui</p>	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	

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

### Critère 21b

#### Démarche qualité en laboratoire

*Ce critère n'est pas applicable si l'établissement sous traite l'activité "laboratoire" à un prestataire.*

#### COTATION

**NA**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les secteurs développent un système de management de la qualité.	NA	
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le guide de bonne exécution des analyses est mis en oeuvre.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les activités de biologie font l'objet d'une procédure d'évaluation externe de la qualité.	NA	
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activités, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements sentinelles, délais, non-conformités), est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

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

### Critère 22a-SSR

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

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Peu de clichés standards sont réalisés sur place (un à deux par jour en moyenne). Il n'y a pas de compte rendu radiologiques, les clichés étant interprétés par les Médecins. En revanche l'établissement mentionne des retards dans les comptes rendus en provenance des hôpitaux ou des cabinets de radiologie privés.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
<p>Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Seule à ce jour, a été déterminée la plage horaire de présence de la manipulatrice radio. Cependant la réalisation de deux clichés par jour rend illusoire voire même inutile l'identification d'actions d'amélioration dans la mesure où la faible activité du service de radiologie donne satisfaction, la manipulatrice étant en même temps secrétaire médicale dans l'établissement.</p>

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

### Critère 22b

#### Démarche qualité en service d'imagerie

Ce critère n'est pas applicable si l'établissement sous traite l'activité "examen d'imagerie" à un prestataire.

#### COTATION

**B**

<b>E1 Prévoir</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.	Non	Il n'y a pas de système d'assurance qualité étant donné la faible activité de ce service.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les activités d'imagerie font l'objet d'une procédure d'évaluation externe de la qualité.	Oui	
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais), non-conformités, est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Partiellement	Il n'y a pas eu, à ce jour, de signalement de non-conformité.



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

### Critère 23a-SSR

#### Education thérapeutique du patient

#### COTATION

**B**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP) intégrée à sa prise en charge sont identifiées.	En grande partie	
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des activités d'éducation thérapeutique impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les représentants des patients sont mises en oeuvre.	En grande partie	
Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP.	En grande partie	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	Oui	
Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage par les professionnels au cours de la démarche éducative.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'évaluation de l'efficacité du dispositif d'ETP (patients, professionnels de santé) donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	

## Référence 24 : La sortie du patient

### Critère 24a-SSR Sortie du patient



#### COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La sortie ou le transfert du patient est organisé en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient.	Oui	
Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.) lorsque la situation le nécessite.	Oui	
Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.	Oui	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.	Oui	
Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.	Oui	
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	En grande partie	Seule la pertinence des orientations de transferts précoces est analysée systématiquement. En revanche l'évaluation de la pertinence des orientations à la sortie n'est pas mesurée.

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

Des actions d'amélioration sont mises en place.

En grande partie

Les amputés ou les patients des filières neurologie et AVC sont revus systématiquement à une consultation de contrôle à un mois, ce qui permet aux Médecins de réaliser un suivi et une évaluation des actions mises en place. Ce processus n'est cependant pas généralisé.

## **PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES**

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



### Critère 25a

#### Prise en charge des urgences et des soins non programmés

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

### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	NA	
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	NA	
L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est en place.	NA	
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	NA	



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

Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers, et mises en oeuvre.

NA

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



### Critère 26a

#### Organisation du bloc opératoire

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

#### COTATION

NA

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des circuits spécifiques sont définis pour les différents modes de prise en charge (hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées).	NA	
Les locaux, l'équipement sont conformes et font l'objet d'une démarche qualité.	NA	
La charte de fonctionnement définie et validée par un conseil de bloc précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.	NA	

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médicotechnique, technique et logistique.	NA	
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Pour chaque intervention chirurgicale, la procédure de vérification de l'acte est mise en oeuvre par un membre identifié de l'équipe opératoire.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée.	NA	

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	NA	

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

### Critère 26b-radiothérapie

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé autorisés à réaliser une activité de radiothérapie.*

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 26b-médecine nucléaire

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé autorisés à réaliser une activité de médecine nucléaire.*

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	



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

### Critère 26b-salle de naissance

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par des activités interventionnelles.*

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 26b-techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par des activités interventionnelles.*

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 26b-électroconvulsivothérapie

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par des activités interventionnelles.*

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

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

### Critère 26b-endoscopie

#### Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par des activités interventionnelles.*

#### COTATION

NA

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	



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

### Critère 26c

#### Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

**COTATION**

**B**

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

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

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

Non

## Référence 27 : Les activités de soins de suite et de réadaptation

### Critère 27a

#### Activités de soins de suite et de réadaptation

#### COTATION

**A**

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la continuité des soins est organisé entre secteurs de soins de suite et réadaptation, activité clinique, médicotechnique, technique et logistique.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Le projet personnalisé de prise en charge qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation est élaboré avec le patient, son entourage et en concertation avec tous les professionnels concernés.	Oui	

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

Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.

Oui

## **PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28a

#### Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

#### COTATION

**B**

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

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
L'engagement de tous les professionnels est effectif.	En grande partie	Tous les Médecins sont engagés dans les différentes démarches. Les autres catégories professionnelles : personnels paramédicales et administratifs sont également impliqués dans les démarches EPP. L'établissement indique qu'environ 40 salariés ont été et sont impliqués dans la dynamique générale EPP de l'établissement.
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	En grande partie	De nombreuses actions de communication sont entreprises par les différents pilotes. Dans certains cas, la communication n'a pas été encore entreprise, soit parce que l'EPP n'est pas encore à un stade suffisamment avancé, soit parce que la détermination des actions d'améliorations a varié dans le temps.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>CONSTATS</b>
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	En grande partie	
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique évaluent l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Non	L'établissement n'a pas considéré l'évaluation de l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion des professionnels comme étant une priorité.

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28b

#### Pertinence des soins

#### COTATION

A

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



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

Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique assurent le suivi des actions d'amélioration et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.

En grande partie

## Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28c

#### Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique



### COTATION

A

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

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

L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.

Oui

**\* . BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE**

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

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	IRP	19.07.2006	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stérilisation des dispositifs médicaux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinfection des dispositifs médicaux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoires d'analyses de biologie médicale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sous traité
Infrastructures	APAVE	01.07.2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equipements mécaniques
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite <input type="checkbox"/> périodique	Commission de sécurité d'arrondissement de Lure (70)	24.04.2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité électrique	APAVE	05.2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Travaux en cours sur mise aux normes des tableaux électriques
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	Laboratoire départemental CHU	06.2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux à usage médical	Laboratoire départemental CHU	08.2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dernier contrôle mensuel Balnéothérapie
Eaux à usage technique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eaux chaudes sanitaires	Laboratoire départemental	06.2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
	CHU									
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	DDASS	18.12.2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques radioactifs			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits sanguins labiles			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sécurité anesthésique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secteur opératoire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imagerie et exploration fonctionnelle	APAVE	03.11.2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiothérapie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	NORISKO	21.01.2004	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Présence dans les dalles de sol d'un bâtiment, démolé en 2006